



Vuorovaikutuksen työvälineet ennakoivan hoitosuunnitelman laatimisessa

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Reetta Koskela

Opinnäytetyö, AMK

Marraskuu 2023

Terveys- ja hyvinvointialat

Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma (AMK)

Koskela, Reetta

Vuorovaikutuksen työvälineet ennakoivan hoitosuunnitelman laatimisessa

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Marraskuu 2023, 43 sivua.

Terveys- ja hyvinvointialat. Sairaanhoidajan tutkinto-ohjelma. Opinnäytetyö AMK.

Julkaisun kieli: suomi

Julkaisulupa avoimessa verkossa: kyllä

Tiivistelmä

WHO:n arvion mukaan elämän loppuvaiheen palliatiivista hoitoa tarvitsee vuosittain noin 30 000 suomalaista. Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan oireenmukaista hoitoa, jonka tavoitteena on vähentää potilaan kärsimystä ja ylläpitää hänen elämänlaatuansa. Ennakoivan hoitosuunnitelman tarkoituksena on ennakoita konkreettisesti potilaan loppuelämää tulevaisuuden ongelmatilanteiden varalta tai potilaan menettäessä kommunikaatiokykynsä. Elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelmaan kirjataan potilaan hoitolinjauksia ja -rajauksia, sekä potilaan omia toiveita, mieltymyksiä, pelkoja ja huolia. Sairauden varhaisessa vaiheessa laadittu ennakoiva hoitosuunnitelma on yksi laadukkaana palliatiivisen hoidon edellytys. Ennakoivalla hoitosuunnitelmalla voidaan turvata, että potilas voi elää mielekästä ja aktiivista elämää vähin oirein hänen kuolemaansa saakka.

Vaikka ennakoiva hoitosuunnitelma on tärkeä osa palliatiivista hoitoa, silti paikoittain siinä on suuriakin puutteita. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen seurannan mukaan iäkkäiden palveluissa elämän loppuvaihetta tulee suunnitella enemmän. Opinnäytetyön tarkoituksena tutkia työvälineitä, joita voidaan hyödyntää ennakoivan hoitosuunnitelman puheeksi ottamisessa. Tavoitteena oli esittää työvälineitä ja vuorovaikutukseen liittyviä tekijöitä, jotka voivat auttaa terveydenhuollon ammattilaista hoitokeskusteluissa ja sen puheeksi ottamisessa.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, johon valikoitui mukaan kuusi tutkimusta. Tiedonhaku toteutettiin systemaattisesti tarkasti suunniteltujen hakulausekkeiden avulla. Kirjallisuuskatsaukseen tutkimuksista kaksi valikoitui manuaalisesta hausta ja loput neljä systemaattisesta tiedonhausta. Valittu aineisto käsitteli vuorovaikutukseen liittyviä tekijöitä ja puheeksi ottamisen työvälineitä elämän loppuvaiheen hoidossa.

Tutkimustuloksena ilmeni, että hyvät kommunikaatiotaidot ja empatiakyky ovat tärkeitä tekijöitä loppuelämän suunnittelussa ja näitä taitoja voidaan kehittää. Ennakoivan hoitosuunnitelman puheeksi ottamiseen on kehitetty erilaisia työvälineitä. Monissa työvälineissä on samankaltainen lähestymistapa ja niillä voidaan lisätä asiakaslähtöisyyttä hoitokeskusteluissa, sekä korostaa dokumentointia. Kaikki työvälineet eivät kuitenkaan sovi jokaiseen tilanteeseen, sillä vuorovaikutukseen liittyvät tekijät riippuvat osallistuvista henkilöistä sekä tilannetekijöistä.

Avainsanat (asiasanat)

Ennakoiva hoitosuunnitelma, loppu elämän suunnittelu, menetelmät, palliatiivinen hoito, vuorovaikutus

Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)

Koskela, Reetta

Communication tools for advance care planning

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, November 2023, 43 pages.

Degree Programme in Nursing. Bachelor's thesis.

Permission for open access publication: Yes

Language of publication: Finnish

Abstract

According to the WHO (World Health Organization), approximately 30,000 Finns need palliative care at the end of their life every year. Palliative care is focused on providing relief from the symptoms of a life-limiting illness and maintaining the patient's quality of life. The purpose of an advance care plan is to clarify the goals and the patient's wishes for changing circumstances or for situations in which the patient is unable to communicate. It also includes limitations of care, patient's preferences, fears, and concerns. Communication about advance care planning should begin at the early stages of the disease in high-quality palliative care. An advance care plan can ensure that the patient can live a meaningful and active life with minimal symptoms until passing.

Although an advance care plan is an important part of palliative care, in practice, it often still has major shortcomings. According to the monitoring of the Finnish Institute for Health and Welfare, there should be more end-of-life planning in older people services. The purpose of the thesis was to analyze the end-of-life communication between a healthcare professional and a patient in palliative care. In addition, the thesis assesses tools that can be utilized in communicating an advance care plan. The thesis aimed to present tools and factors related to the interaction between healthcare professionals and patients that can assist with end-of-life communication.

The thesis was implemented as a descriptive literature review which included six studies. Four research articles were selected with a systematic literature search that was conducted through search planning and testing of search phrases. The other two articles were selected manually. These studies concerned end-of-life communication and tools.

According to the results of the thesis, good communication skills and empathy are important skills in creation of an advance care plan. These skills can luckily be learned. Many different tools have been developed for end-of-life discussions. Many communication tools have similar approaches and when utilized correctly, those can increase the number of end-of-life conversations and their documentation. However, not all tools are suitable for everyone since the people involved and the situations at issue both affect the communication.

Keywords/tags (subjects)

Advance care planning, communication, end of life planning, palliative care, tool

Miscellaneous (Confidential information)

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Palliativisen hoidon ulottuvuuksia.....	4
2.1	Palliativinen hoito ja saattohoito	5
2.2	Hoitolinjat ja rajaukset.....	6
2.3	Palliativisen hoidon laatusuositus	7
2.4	Ennakoiva hoitosuunnitelma osana loppuelämän suunnittelua	9
3	Vuorovaikutuksen merkitys hoitotyössä.....	10
4	Opinnäytetyön tavoite ja tutkimustehtävät.....	12
5	Opinnäytetyön toteutus.....	12
5.1	Aineiston keruu, rajaus ja arviointi	13
5.2	Aineiston analyysi.....	16
6	Tulokset.....	18
6.1	Vuorovaikutuksen työvälineitä	18
6.1.1	Vuorovaikutuksen työvälineiden hyödyntäminen	19
6.1.2	Keskustelua ohjaavat kysymykset	23
6.2	Vuorovaikutuksen työvälineiden yhteys palliativisen hoidon laatuun	24
6.3	Ammatillinen vuorovaikutus sekä sitä edistävät ja estävät tekijät.....	24
6.3.1	Vuorovaikutusta estävät.....	26
6.3.2	Vuorovaikutusta edistävät tekijät.....	27
7	Pohdinta.....	28
7.1	Tulosten tarkastelu.....	28
7.2	Johtopäätökset.....	31
7.3	Luotettavuus ja eettisyys	33
	Lähteet	35
	Liitteet	38
	Liite 1. Tietokantojen tiedonhaku	38
	Liite 2. Alkuperäistutkimusten valintaprosesi.....	40
	Liite 3. Tutkimustaulukko	41
	Kuviot	
	Kuva 1 Nurse-työväline suomennettuna	20
	Kuva 2 Yksisivuinen keskusteluopas suomennettuna	22

Taulukot

Taulukko 1. Sisäänto- ja poissulkukriteerit.....	15
Taulukko 2 Esimerkki aineiston analyysin taulukoista	17

1 Johdanto

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan (Saarto, Lyytikäinen, Ahtiluoto, Junntila, Lehto, Finne-Soveri, Hammar & Forsius 2022) Suomessa kuolee joka vuosi noin 55 000 ihmistä. Vuonna 2022 kuolleita ihmisiä tilastoitiin 63 219 (Kuolleet 2023). Tämä on melkein 10 % nousu kuolleisuuden määrässä vuoteen 2021 verrattuna, jolloin kuoli 57 659 ihmistä. Kuolleisuuden määrä on siis vuosivuodelta kasvussa. (Kuolleet 2022.) Kuolleista suurin osa on sairastanut jotakin pitkäaikaista sairautta. WHO:n arviolta **elämän loppuvaiheen palliatiivista hoitoa** tarvitsee noin 30 000 suomalaista joka vuosi. Parantumattoman sairauden kyseessä ollessa ja sairauden heikentäessä toimintakykyä palliatiivisen hoidon tarve voi tulla oleelliseksi jo ennen viimeisiä elinvuosia. Jokaisella loppuvaiheen hoitoa tarvitsevalla ihmisellä on oikeus laadukkaaseen loppuelämän hoitoon riippumatta hänen omasta kulttuuritaustastaan, asuinpaikastaan tai diagnoosistaan. Silti palliatiiviseen hoidon laadussa sekä saatavuudessa esiintyy puutteita alueittain. (Saarto ym. 2022, 4–9.)

Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma (ACP, Advanced care planning) on yksi edellytys laadukkaalle sekä oikea-aikaiselle palliatiiviselle hoidolle (Saarto ym. 2022, 22). Ennakoivalla hoidon suunnittelulla tarkoitetaan yksilöllisiä keskusteluja potilaan toiveista ja tavoitteista tulevaisuuden hoidon suhteen. Ennakoiva hoitosuunnitelma sisältää myös potilaan tämänhetkiset hoitolinjaukset sekä ennakoivia linjauksia tulevaisuuden ongelmatilanteiden varalta. Näihin keskusteluihin osallistuu potilas, hänen läheisensä, sekä terveydenhuollon ammattilaisia. Erityisesti nämä keskustelut tulee kohdistaa niihin potilaisiin, joiden sairaus pahenee niin, että he voivat menettää kommunikaatiokykynsä eivätkä kykene enää ilmaisemaan omaa tahtoaan. Ennakoiva hoitosuunnitelma voidaan nähdä jatkuvana prosessina, joka sisältää hoidon tavoitteiden ja potilaan toiveiden tarkentamista toistuvien keskustelujen ja hoitosuunnitelman päivittämisen kautta. (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019.)

Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma on vielä hieman vieras käsite Suomessa, koska se on noussut suosituksiin vasta viimeisten muutamien vuosien aikana. Tämän takia Suomessa on vielä vähän tutkimustietoa asiaan liittyen. (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019). Vaikka sosiaali- ja terveysministeriön suosituksessa kaikille tehostetun palveluasumisen ja säännöllisen kotihoidon asiakkaille on laadittava ennakoiva hoitosuunnitelma, silti se jää osalta potilaista tekemättä. Erityisesti kotihoidossa on suuria puutteita ennakoivan hoitosuunnitelman laatimisessa. (Toikkanen 2022.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on analysoida terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välistä vuorovaikutusta ennakoivan hoitosuunnitelman hoitokeskusteluissa ja laatia tämän tiedon pohjalta kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsaus käsittelee vuorovaikutusta ja siihen liittyviä menetelmiä, jotka voivat auttaa terveydenhuollon ammattilaista ennakoivan hoitosuunnitelman puheeksi ottamisessa. Aihetta on rajattu oleellisiin vuorovaikutuksen tekijöihin ja työvälineisiin, joita terveydenhuollon ammattilainen voi käyttää apunaan keskustellessaan ennakoivasta hoitosuunnitelmasta palliatiivisessa hoidossa olevan aikuisen potilaan kanssa. Työn tavoitteena on esittää työvälineitä, jotka voivat auttaa ennakoivan hoitosuunnitelman puheeksi ottamista ja täten mahdollisesti helpottaa puheeksi ottamista potilaan kanssa. Lisäksi työ voi herättää ajatuksia vuorovaikutuksen merkityksestä puheeksi ottamisessa ja lisätä ammattihenkilöiden omaa pohdintaa omista vuorovaikutuksen taidoistaan ja käytännöistään.

Opinnäytetyöllä haetaan vastausta tutkimuskysymykseen ”Mitkä ovat sairaanhoitajan työvälineitä ennakoivan hoitosuunnitelman puheeksi ottamiseen palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan kanssa?” ja ”Mitkä tekijät vaikuttavat vuorovaikutukseen ennakoivan hoitosuunnitelman puheeksi ottaessa?”

2 Palliatiivisen hoidon ulottuvuuksia

Eriyisesti väestön ikääntyessä ja kuolleisuuden kasvaessa palliatiivisen hoidon laatu ja ennakoiva hoitosuunnitelma ovat erittäin ajankohtaisia aiheita. Hyvissä ajoin tehty ennakoiva hoitosuunnitelma turvaa potilaan ajankohtaisen ja laadukkaan palliatiivisen hoidon. Tämän takia sairauden edetessä suunnitelma tulisi laatia jo ennen palliatiiviseen hoitoon siirtymistä. (Saarto ym. 2022, 22–23.) Silti ennakoivaa hoitosuunnitelmaa ei aina laadita ajoissa potilaan kanssa.

Sosiaali- ja terveysministeriön laatimassa pilotti tutkimuksessa (Saarto, Finne-Soveri, Hammar, Forsius, Lyytikäinen, Lehto & Ahtiluoto 2022, 24–25) todettiin varhaisen palliatiivisen hoidon sekä ennakoivan kuolevan tunnistamisen olevan vaativaa ja sen vaativan vielä työstämistä. Lisäksi esille tuli, että palliatiivinen hoito ei ole tasa-arvoinen kaikille eri potilasryhmille. Diagnoosiryhmittäin ja alueittain on todistettu olevan eriarvoisuutta esimerkiksi loppuelämän hoitopaikasta. Syöpäpotilaat ovat yleisin potilasryhmä, jolle tarjotaan mahdollisuutta kotisaattohoitoon. Muilla potilasryhmillä yleisin loppuelämän hoito tapahtui sairaalasaattohoidossa. (Saarto & ym. 2022, 24–25.)

2.1 Palliativinen hoito ja saattohoito

Palliativisella hoidolla eli oireenmukaisella hoidolla tarkoitetaan Suomalaisen lääkäriseuran (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019) mukaan hoitokeinoja, jossa ei enää kyetä parantamaan tai pysäyttämään sairauden etenemistä, vaan lievitetään sairaudesta johtuvia oireita. Hoitokeinoilla on tarkoitus vaalia potilaan hyvää elämänlaatua ja lievittää lähestyvän kuoleman tuovaa kärsimystä. Kärsimys on moniulotteinen ja omakohtainen kokemus. Kärsimys voi olla fyysistä, psykistä, sosiaalista, hengellistä tai eksistentiaalista. Kärsimykseen voi yhdistää monia erilaisia tunteita, kuten ahdistuneisuus, levottomuus tai turvattomuus. Usein tuntemus oman elämänhallinnan kadottamisesta voi aiheuttaa kärsimystä. Kärsimys vie voimavaroja ja vähentää jaksamista. Toisen ihmisen läsnäolo ja myötätunto voivat helpottaa potilasta kärsimyksen keskellä. Kuulluksi ja kohdatuksi tuleminen lievittää kärsimyksen aiheuttavaa tuskaa. (Mistä kärsimys muodostuu? 2022.) Palliativisen hoidon tavoitteena on siis, että potilas voi elää mielekästä ja aktiivista elämää vähin oirein hänen kuolemaansa saakka. (Saarto & ym. 2022, 18)

Palliativisen hoidon oikea-aikaisuus, laatu ja riittävyys ovat edellytyksiä hyvälle elämänlaadulle (Siirtyy palliativiselle hoitolinjalle n.d). Hyvä elämänlaatu voidaan kuvailla turvallisuutena, hyvinvointina, onnellisuutena tai mielekkyytenä elämää kohtaan. Lisäksi potilaan läheisillä ja heidän sosiaalisilla suhteilla on iso vaikutus potilaan kokemaan elämänlaatuun. Monesti sairastuessaan potilas joutuu uudelleen pohtimaan elämänsä arvojärjestystä. Uudet arvot ja asenteet voivat lisätä hyvinvointia ja tyytyväisyyttä sairauden edetessä. (Mitä on elämänlaatu? n.d.)

Palliativisessa hoidossa tulisi keskittyä hoitamaan potilaan fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia sekä eksistentiaalisia tarpeita (Tiittanen, Takaluoma, Launiemi & Kelo 2015, 261; Palliativinen hoito ja saattohoito 2019). Hoitokeinot voivat olla lääkkeellisiä tai lääkkeettömiä. Palliativinen hoito ja saattohoito käypä hoito- suosituksessa on listattu yleisimpiä oireita, joita esiintyy palliativisessa hoidossa olevilla potilailla. Näitä ovat kipu, hengitys-, maha- ja suolikanava, suun - ja iho-oireet sekä psykososiaaliset ongelmat. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019.) Potilaan somaattisten oireiden hallitseminen voi myös keventää läheisten taakkaa, kun taas oireiden hoitamattomuus voi lisätä ahdistusta läheisissä. (Aho, Eironen, Havusto, Hökkä, & Kritz 2023.)

Palliativiseen hoitoon siirtyminen ei edellytä muista hoidoista luopumista. On suositeltavaa, että palliativiseen hoitoon siirryttäisiin sairauden varhaisessa vaiheessa tukemaan sairauden perushoitoja. (Mitä on palliativinen hoito? 2021.) Palliativista hoitoa voidaan lisätä asteittain sairauskeskeisen hoidon rinnalle sairauden edetessä. Etenkin silloin, kun sairauskeskeiset hoidot eivät enää tuottaisi hyvää vastetta. Kun sairauden kulkuun ei enää voitaisi sairauskeskeisellä hoidolla vaikuttaa ja sairaus tuottaa isoja oireita potilaalle, voidaan siirtyä kokonaan palliativiselle hoitolinjalle. Varhaisen palliativisen hoidon aloittaminen on tutkittu parantavan potilaan elämänlaatua, läheisten tyytyväisyyttä, vähentävän oirekuormaa sekä parantavan loppuelämän hoidon laatua. (Saarto & ym. 2022, 18)

Saattohoito on palliativisen hoidon viimeinen osa. Saattohoidon ja palliativisen hoidon päämäärä ovat yhdenmukaiset eli lievittää potilaan oireita ja hänen kärsimystään. Nämä kaksi eroavat toisistaan hoidon ajankohtana. Palliativinen hoito voi kestää useita vuosia, eikä se ole sidoksissa kuoleman läheisyyteen. Kun taas saattohoito sijoittuu kuoleman läheisyyteen ja sen kesto voi vaihdella kuukausista, viikkoihin tai jopa vain päiviin. Saattohoidon tavoitteena on turvata potilaalle arvokas ja kivuton kuolema. Kuten myös palliativisessa hoidossa, saattohoidossa omaisten tukeminen on vahvasti osana hoitoa, vaikka potilas on aina hoidon keskiössä. (Tiittanen ym. 2015, 252–253)

2.2 Hoitolinjat ja rajaukset

Toisinaan hoito tasapainottelee hyödyn ja kärsimyksen välillä. Kärsimystä lisäävät tai hyödyttömät hoitotoimenpiteet eivät kuulu laadukkaaseen palliativiseen hoitoon. Hoitoneuvotteluissa keskustellaan yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa hoidoista, joista tulisi pidättäytyä. Potilaalla on silti oikeus kieltäytyä hänelle tarjottavasta hoidosta. Lisäksi lääkärillä ei ole oikeutta antaa potilaalle hoitoja, jotka ovat selvästi lääketieteellisesti hyödyttömiä tai haitallisia, vaikka potilas itse tai hänen läheisensä sitä pyytäisi. (Hoidon rajaukset 2021.)

Elvytyksestä pidättäytyminen on yksi yleinen hoidon raja. DNR- (Do Not Resuscitate), DNAR- (Do Not Attempt Resuscitation) ja ER-päätös (Ei Resuskitointia) ovat lyhenteitä, jotka ilmaisevat elvyttämiskieltoa. Näillä päätöksellä tarkoitetaan pidättäytymistä painelu-puhalluselvytyksestä. Yleensä taustalla on, että potilaalla on vaikea perussairaus ja hän ei hyötyisi enää erittäin rasittavista ja kajoavista hoitotoimenpiteistä. Elvytys ei anna riittävää vastetta hoitona, kun sydänpysähdys on vaikeasta sairaudesta johtuva eikä ohimenevän häiriön aiheuttama. Sydämen toimintaa ei tällöin

kyetä palauttamaan takaisin normaalille toiminnan tasolle. Verenkierron palautuminen voi viivästyä, jolloin aivojen vauriot ovat väistämättömiä. Lisäksi elvytystä seuraava tehohoito vaatii paljon palautumista, ja osa potilaista eivät toivu siitä ollenkaan. Elvytyksestä pidättäytymis- päätöksen voi tehdä potilas itse kirjaamalla sen hoitotahtoonsa. Lääkäri voi myös tehdä päätöksen lääketieteellisin perustein. Tällöin tulisi kuitenkin keskustella asiasta potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Monesti elvyttämiskielto tai DNR- päätös herättää vahvoja ajatuksia ja pelkoa potilaassa tai hänen läheisissään. Termit voidaan yhdistää ajatukseen, että hoidosta luovutaan kokonaan, vaikka asia ei ole näin. Tällöin suositaan puhuttavaksi hoitosuunnitelmasta ja siitä mistä hoidoista potilas hyötyy. Elvyttäminen toisi vain potilaalle mahdollisesti lisää kärsimystä. (Laine 2022.)

Muita palliatiivisen hoidon hoidonrajauksia voivat olla muun muassa ”ei sairaala siirtoja”, ”ei tehohoitoa”, ”ei hengitystukea”, ”ei antibioottihoitoa”, ”ei verituotteiden käyttöä”, ”ei nesteytys- ja ravitsemushoitoa” tai pitäytyminen muista tutkimuksista. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.) Kuten elvytyksestä pidättäytyminen, myös näitä hoidonrajauksia voidaan perustella hyödyn ja kärsimyksen- suhteella eli jos hoito aiheuttaa potilaalle enemmän kärsimystä kuin hyötyä, sitä ei kannata toteuttaa. Nesteytys- ja ravitsemus hoidossa neste voi karata kudoksiin aiheuttaen turvotusta ja hengenahdistusta. Sairaalasiirrot ovat kuluttavia palliatiivisessa hoidossa olevalle potilaalle. Eri-tyisesti sairaalasiirrot ovat raskaita muistisairautta sairastavalle. Siirto voi aiheuttaa potilaassa sekavuutta ja ahdistuneisuutta. Antibiootti hoito voi auttaa infektiin, mutta harvoin tehoaa kuolevan potilaan hengityksen rohinaan tai kuumeeseen. (Hoidon rajaukset 2021.)

2.3 Palliatiivisen hoidon laatusuositus

Palliatiivisen hoidon laatusuosituksessa (Saarto & ym. 2022) palliatiivisen hoidon palvelut on jaettu kolmiportaiseen järjestelmämalliin, johon sisältyy perustaso, B-erityistaso ja C-vaativa erityistaso. Järjestelmämallin tarkoituksena on taata laadukas ja tasa-arvoinen palliatiivinen hoito jokaiselle tarvitsevalle ympäri Suomea.

Perustason hoito on jaettu kahdelle tasolle: Perustaso ja A-perustaso. Perustasaan sisältyy kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt, joissa hoidetaan kuolevia potilaita. Näitä voivat olla muun muassa sairaaloiden osastot, ympärivuorokautisen hoidon yksiköt tai kotihoidon yksiköt. A-perustaso sisältää sairaaloiden tai vuodeosastojen yksiköitä, jotka ovat perustehtävänänsä kehittäneet palliatiivista toimintaansa, mutta toiminta ei silti vastaa erityistasojen kriteereitä. Jos perustasojen

oma osaaminen tai resurssit eivät riitä tietyissä tilanteissa, heillä on mahdollisuus saada tukea erityistason yksiköiltä. Perustasojen tehtävä on turvata palliatiivinen hoito ja saattohoito lähelle potilaan kotia. (Saarto & ym. 2022, 14–15.)

Erityistasot on jaettu B-erityistasoon ja C-vaativaan erityistasoon. B-erityistaso muodostuu hyvinvointialueen yksiköistä, jotka ovat erikoistuneet palliatiiviseen hoitoon sekä saattohoitoon. Näiden yksiköiden toimintaa koordinoi hyvinvointialueen palliatiivinen keskus. Palliatiiviset poliklinikat ja osastot, kotisairaalat, päiväsairaalat, saattohoito-osastot ja -kodit sekä sairaaloiden konsultaatiotimet kuuluvat B-erityistason toimintaan. Erityistason kotisairaalan toiminta on palliatiivisen hoidon keskiössä. Kotisairaalat tukevat perustason yksiköitä, sekä viestintää järjestelmämallin välillä. C-vaativa erityistaso muodostuu yliopistosairaaloiden palliatiivisista keskuksista, kuten palliatiivisista poliklinikoista, konsultaatiotimistä, psykososiaalisen tuen yksiköstä tai palliatiivisista osastoista. (Saarto & ym. 2022, 14–15.)

Laatusuosituksessa (Saarto & ym. 2022) on myös listattu kymmenen eri laatualueita hoidon kokonaisvaltaisesta näkökulmasta. Laatualueet käsittelevät hoitoa organisaation, potilaan ja perheen näkökulmasta. Yksi laadun alue on ennakoiva hoidon suunnittelu. Jokaiselle laatualueelle on lisätty laatuksiteerejä, jotka ovat tärkeitä hoidon kannalta. Jotta hoito olisi laadukasta, näiden laatuksiteereiden tulisi toteutua. Näiden laadun suosituksien tarkoituksena on ohjeistaa palliatiivisen hoidon oikea aikaista aloitusta jo sairauden varhaisessa vaiheessa. Täten mahdollistaen potilaalle palliatiivisen hoidon täyden hyödyn. (Saarto & ym. 2022, 18–20)

Suomessa tapahtuvan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laadusta on kerätty vähän tietoa. (Saarto & ym. 2022, 37) 2022 alkuvuodesta otettiin käyttöön palliatiivisen hoidon toimenpidekoodit käyttöön kaikissa yksiköissä, joissa toteutetaan palliatiivista hoitoa. Toimenpidekoodien tarkoituksena on tarkastella palliatiivisen hoidon laatua sekä helpottaa laadun seurantaa yksiköiden että valtakunnallisella tasolla. Toimenpidekoodeja on kaiken kaikkiaan 16 kappaletta ja nämä käsittelevät eri toimenpiteitä, joita voi palliatiivisessa hoidossa toteutetaan. Esimerkkinä toimenpidekoodi WPA10 kuvastaa osuutta kuolleista potilaista, joille oli tehty elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. (Forsius 2022).

2.4 Ennakoiva hoitosuunnitelma osana loppuelämän suunnittelua

Potilaan loppuelämän toiveiden toteutuminen voidaan varmistaa ennakoimalla niitä. Näin voidaan vaalia potilaan hyvää elämänlaatua kuolemaan saakka. Varautumalla yllättäviin ongelmatilanteisiin hoidon resurssit voidaan kohdistaa tehokkaasti ja oikealla tavalla. (Forsius, Hammar, & Alastalo 2022) Ennakoivan hoitosuunnitelman tavoitteena on turvata potilaalle laadukas hoito, mikäli sairauden edetessä hän ei kykene enää kommunikoimaan tai ilmaisemaan omaa tahtoaan. (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019.) Jokaisella potilaalla, joka sairastaa pitkälle edennyttä tai henkeä uhkaavaa sairautta on oikeus saada ennakoiva hoitosuunnitelma. Hoitokeskusteluja järjestetään, jotta ennakoiva hoitosuunnitelma laadittaisiin yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Näin mahdollistetaan potilaan ja hänen läheistensä kuulluksi tuleminen. Hoitokeskusteluihin osallistuu potilaan ja hänen läheistensä lisäksi terveydenhuollon ammattilaisia. (Saarto ym. 2022, 22–23.) Keskusteluita tulisi järjestää sairauden tai palliatiivisen hoidon varhaisessa vaiheessa. Kuoleman läheisyys on väärä ajankohta ennakoivan hoitosuunnitelman laatimiselle. (Forsius, Hammar, & Alastalo 2022) Onnistuneilla hoitokeskusteluilla voidaan lisätä potilaan tyytyväisyyttä sekä vähentää läheisten ahdistuneisuutta hoitoon liittyen. (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019).

Ennakoiva hoitosuunnitelman tulisi huomioida potilaan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja henkiset tarpeet. Keskeistä ennakoivassa hoitosuunnitelmassa on kuvailla potilaan sekä hänen läheistensä tuen tarve, huolet, pelot ja toiveet, kuten hoitotahto, potilaalle itselleen tärkeät asiat elämänlaadun kannalta tai toiveet ja pelot elämän loppuvaiheessa. Hoidon tavoitteet, hoitolinjat sekä hoidon rajaukset tulisi tulla ennakoivasta hoitosuunnitelmasta esille. Lisäksi tärkeää tietoa on hoidosta vastaava yksikkö, sairauden tilanne, oireet ja niiden hoitosuunnitelma sekä -menetelmät ja suunnitelma pahenemisvaiheen varalta. Lisäksi potilastietoihin kirjataan hoitoneuvottelussa sovitut asiat, keskustelut, osallistujat, toiveet sekä hoitosuunnitelma. Sairauden edetessä hoitosuunnitelmaa on mahdollisuus päivittää. (Hoidon suunnittelu palliatiivisessa hoidossa 2021; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.) Kuten Peltonen mainitsee artikkelissaan (2023) ennakoiva hoitosuunnitelma on tärkeä työväline palliatiivisen potilaan hoidossa.

Ennakoivan hoitosuunnitelman on tutkittu lisäävän potilaan toiveiden toteutumista ja hoitotyytyväisyyttä. Samalla onnistunut ennakoiva hoitosuunnitelma voi vähentää läheisten henkistä kuor-

mitusta. On huomattu myös muita hyötyä ennakoivasta hoitosuunnitelmasta, kuten sairaalasiirtojen hoivayksiköstä sairaalaan, tehohoitojaksojen sekä elvytysryitykset elämän loppuvaiheessa ovat vähentyneet. Lisäksi kirjalliset hoitotahdot ja hoidonrajaukset sekä palliatiivinen hoito ja hoito saattohoitoyksiköissä ovat lisääntyneet. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019; Lehto, Marjamäki & Saarto 2019.)

3 Vuorovaikutuksen merkitys hoitotyössä

Vuorovaikutus usein luokitellaan kahden tai useamman henkilön väliseksi kommunikaatioksi sekä vuorovaikutuksen osapuolien oletetaan olevan aloitteellisia, reagoivan toistensa viesteihinsä ja kokevan yhteyttä toisiinsa (Mitä vuorovaikutus on? n.d). Mönkkönen kirjassaan (2018) kuvailee vuorovaikutuksen olevan laajempi käsite. Siihen sisältyy yksilöiden, yhteisöjen, organisaatioiden ja kulttuurien kommunikaatio ja niiden suhteet. Vuorovaikutukseen liittyviä käsitteitä on runsaasti sekä käsitteiden käyttö ja niiden merkitys voi vaihdella eri asiayhteyksissä. (Mönkkönen 2018.)

Jokainen vuorovaikutustilanne on erilainen ja riippuvainen sen osapuolista, koska jokaisella ihmisellä on oma tapansa käyttäytyä vuorovaikutustilanteissa. Vuorovaikutustaitoja voidaan kuitenkin kehittää. (Mönkkönen 2018.) Sanaton viestintä on vuorovaikutuksen tärkeä väline, kuten eleet, ilmeet ja henkilön kokonaisvaltainen olemus vuorovaikutustilanteessa (Kunnioittava kohtaaminen ja vuorovaikutus-osaaminen 2023). Vuorovaikutus ei kuitenkaan aina ole positiivista. Vallankäyttö on yksi esimerkki negatiivisesta vuorovaikutuksesta. (Mönkkönen 2018).

Vuorovaikutusosaaminen on yksi keskeisimpiä osaamisalueita hoitotyössä (Kunnioittava kohtaaminen ja vuorovaikutus-osaaminen 2023). Vuorovaikutusosaaminen on terveydenhuollon ammattilaisen kykyä vastavuoroisuuteen ideoivaan kommunikointiin asiakkaan kanssa sekä hänen läheisten että muiden ammattilaisten kanssa (Mönkkönen 2018). Asiakkaan eettinen kohtaaminen edellyttää terveydenhuollon ammattilaiselta taitoja.

Asenne on isossa osassa vuorovaikutuksessa. Asenteella ei tarkoiteta neutraalia asennetta. Vuorovaikutus saa herättää tunteita ja ajatuksia, mutta terveydenhuollon ammattilaisen vastuulla on pitää vuorovaikutus eettisenä. (Kunnioittava kohtaaminen ja vuorovaikutus-osaaminen 2023.)

Mönkkönen (2018) kuvailee ammattilaisuuden olevan rohkeutta olla avoimesti asiakassuhteessa,

silti tiedostaen ammattiroolin vastuun. Tulee silti kuitenkin muistaa, että hyvään kohtaamisen tarvitaan ammattilaisen lisäksi potilaalta panostusta vuorovaikutukseen (Rautava, Hakulinen & Koivumäki 2022).

Palliativisessa hoidossa vuorovaikutuksessa on merkittävää pysyvä hoitosuhde, luottamuksen luominen, empaattisuus ja aktiivinen kuuntelu sekä rehelliset vastaukset. Palliativisen hoidon hoitokeskustelut ovat suunnitelmallisia ja niitä sopeutetaan potilaan yksilöllisiin tarpeisiin. Potilaan tukeminen ja kannustaminen ovat keskeinen osa terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välisessä vuorovaikutussuhteessa. Potilasta voi tukea kannustamalla häntä löytämään myönteisen elämänsenteen ja elämään päivä kerrallaan sairautensa keskellä. Terveydenhuollon ammattilainen voi auttaa potilasta keksimään itselleen mielekästä tekemistä. (Peltonen 2023.) Potilaan kohtaaminen on läsnäoloa, tilan antamista ja toistemme näkemistä, eikä sitä voi korvata yksittäisillä toimilla. (Mönkkönen 2018). Lisäksi potilaan arvokas kohtelu lisää läheisten luottamusta hoitoon, joka voi olla heille voimavara palliativisen hoidon keskellä (Aho ym. 2023).

Potilaalle on tärkeää olla rehellinen hänen sairautensa kulusta ja vakavuudesta, vaikka terveydenhuollon ammattilaisella olisi vaikeuksia siitä, miten ja milloin aloittaa keskustelu potilaan hoidon muutoksista. Avoimilla kysymyksillä voi selvittää potilaan omia ajatuksia tilanteesta. Kuoleman läheisyyden hyväksyminen vaatii sopeutumista ja se herättää voimakkaita tunteita potilaassa sekä hänen läheisissään. Näitä keskusteluita järjestäessä potilaalle tarjotaan aikaa kertoa tunteistaan ja toiveistaan. Ihmisten kyky vastaanottaa tietoa tulee pitää mielessä keskusteluiden aikana. Kuoleman merkkien sanoittaminen potilaalle sekä hänen läheisilleen vähentää kuoleman kohtaamiseen liittyvää ahdistusta tai pelkoa. Turvallisuuden tunne, henkinen- ja psykososiaalinen tuki edistää potilaan henkistä hyvinvointia. (Peltonen 2023.)

Palliativinen hoito ja kuolema koskettavat potilaan läheisiä. Hoito vaikuttaa heidän tuen tarpeeseensa. Läheiset kokevat yleensä tarjottavan tuen tärkeänä ja arvokkaana. Laadukas vuorovaikutus potilaan läheisten kanssa vaikuttaa kokonaisvaltaisesti laadukkaaseen palliativisen hoitoon. Monesti läheiset haluavat olla mukana päätöksenteossa. Vaikka he eivät siihen osallistuisi, he silti haluavat olla tietoisia potilaan asioista. Tietoisuus ja päätöksen tekoon osallistuminen voidaan kokea voimaannuttavana ja lisätä läheisten tyytyväisyyttä hoitoa kohden. Lisäksi koetaan hyvän empaattisen ja kuuntelevan vuorovaikutussuhteen lisäävän tyytyväisyyttä. Potilaan kuoleman jälkeen

tuen jatkuminen potilaan läheisille on tärkeää. Puutteellinen tuki kuoleman jälkeen voi aiheuttaa läheisissä monia tunteita, kuten avuttomuutta, näkymättömyyttä ja eristäytyneisyyttä. (Aho ym. 2023.)

4 Opinnäytetyön tavoite ja tutkimustehtävät

Työn tarkoituksena on analysoida terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välistä vuorovaikutusta ennakoivan hoitosuunnitelman hoitokeskusteluissa ja laatia tämän tiedon pohjalta kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsaus käsittelee vuorovaikutusta ja siihen liittyviä menetelmiä, jotka voivat auttaa terveydenhuollon ammattilaista ennakoivan hoitosuunnitelman puheeksi ottamisessa. Aihetta on rajattu oleellisiin vuorovaikutuksen tekijöihin ja työvälineisiin, joita terveydenhuollon ammattilainen voi käyttää apunaan keskustellessaan ennakoivasta hoitosuunnitelmasta palliatiivisessa hoidossa olevan aikuisen potilaan kanssa. Työn tavoitteena on esittää työvälineitä, jotka voivat auttaa ennakoivan hoitosuunnitelman puheeksi ottamista ja täten mahdollisesti yleistää puheeksi ottamista. Lisäksi herättää ajatuksia vuorovaikutuksen merkitystä puheeksi ottamisessa ja lisätä pohdintaa ammattihenkilöiden omista vuorovaikutuksen tavoistaan.

Opinnäytetyöllä haetaan vastausta tutkimuskysymykseen ”Mitkä ovat sairaanhoitajan työvälineitä ennakoivan hoitosuunnitelman puheeksi ottamiseen palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan kanssa?” ja ”Mitkä tekijät vaikuttavat vuorovaikutukseen ennakoivan hoitosuunnitelman puheeksi ottaessa?”

5 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö toteutetaan kuvailevana kirjallisuuskatsauksena ja tulee sisältämään kirjallisuuden haun, aineiston analyysin sekä tulosten raportoinnin. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kuvata aikaisempia tutkimuksia sekä niiden laajuutta ja määrää. Kuvaileva katsaus voi kohdistua viimeaikaisiin tutkimuksiin, jotka käsittelevät tutkimusaihetta eri tutkimusasetelmista. Eriytisesti kuvaileva kirjallisuuskatsaus tarkastelee vertaisarvioituja tieteellisiä tutkimuksia.

Tutkimuskysymyksen laajuus voi vaihdella sekä se voi sisältää erilaisia että tarkkoja rajoja. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 8–9.)

Kirjallisuuskatsaus on merkittävä menetelmä, kun tarkoituksena on muodostaa kokonaisuus tietyistä aihealueista. Tällä keinolla voidaan hahmottaa jonkin aiheen tai ilmiön tutkimustarvetta. Kirjallisuuskatsauksia voidaan myös käyttää itsessään tutkimusmenetelmänä ja tällöin synteesi muodostuu aikaisempaa tutkimustietoa hyödyntäen. Kirjallisuuskatsauksen erilaisia tyyppisiä on määritelty 14 kappaletta, mutta kuitenkin on kolme pääluokkaa, johon kirjallisuuskatsaukset ryhmitellään: Kuvailevat katsaukset, systemaattiset kirjallisuuskatsaukset sekä määrällinen meta-analyysi ja laadullinen meta-synteesi. Määrällisen meta-analyysin kohdistuu määrällisiin tutkimuksiin ja laadullinen meta-synteesi kohdistuu laadullisiin tutkimuksiin. Kirjallisuuskatsauksen tyyppin valintaan vaikuttavat työn tavoitteet ja sen tarkoitus. Vaikka kirjallisuuskatsauksen tyypit eroavat hieman toisistaan, on niillä viisi yhtenäistä eri tutkimustyön vaihetta: 1. Tutkimusongelman määrittäminen, 2. Aineiston haku ja sen valinta, 3. Kirjallisuuden arviointi, 4. Aineiston analyysi ja synteesi sekä 5. Tulosten raportointi. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 7–8.)

5.1 Aineiston keruu, rajaus ja arviointi

Opinnäytetyön aineisto kerättiin systemaattisesti neljästä eri tietokannasta: Medic:istä, Cinahl Ultimate:sta, PubMed:istä ja Cochrane Library:stä. Lisäksi Google Scholar- tietokantaa käytettiin apuna tutkimuksien tarkasteluun. Aineiston keräämiseen käytettiin Jyväskylän ammattikorkeakoulun tarjoamia tietokannan käyttöliittymiä. Valituista tietokannoista Medic oli ainoa kotimainen terveystieteiden tietokanta ja loput kolme kansainvälisiä tietokantoja.

Suomessa on ollut jo pitkän aikaa käytänteet liittyen hoitotahtoon ja -linjauksiin, mutta elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma on noussut esille vasta viimeisten muutamien vuosien aikana. Tämän takia kotimaista tutkimustietoa aiheesta on varsin vähäisesti löydettävissä. (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019.) Vähäisen kotimaisen tutkimustiedon takia tiedonhaku toteutettiin pääasiassa englannin kielellä kansainvälisiin tietokantoihin.

Tietokantojen systemaattinen tiedonhaku suunniteltiin tarkasti. Hakulausekkeet pyrittiin pitämään samankaltaisina eri tietokannoissa. Jokaiseen tietokantaan suoritettiin testihakuja, jotta löydettäisiin sopivimmat hakusanat ja -lausekkeet. Hakusanoista muodostettiin lausekkeet, jotka sisälsivät termit: ennakoiva hoitosuunnitelma (Advanced Care Plan), palliatiivinen hoito sekä puheeksi ottaminen. Hakusanojen synonyymien etsimiseen apuna käytettiin Finto-tietokantaa. Hakutuloksien julkaisu ajankohta rajattiin viimeiseen kymmeneen vuoteen eli vuosiin 2013–2023. Lisäksi hakua

rajattiin tietokannan mukaan vertaisarvioituihin, englanninkielisiin ja koko teksti saatavilla (ilmaiseksi) oleviin tutkimuksiin. Tiedonhaku eri tietokannoista on kuvattu liitteessä 1. Tiedonhaku tapahtui syyskuussa 2023.

Kaikista tietokannoista tuli yhteensä 774 hakutulosta. Opinnäytetyöhön tutkimukset valittiin noudattaen sisäänotto- ja poissulkukriteerejä. Taulukossa 1. on esitetty sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Aihetta rajattiin tutkimuksiin ja katsauksiin, joissa tutkittiin työvälaineitä, joita voidaan hyödyntää ennakoivan hoitosuunnitelman puheeksi ottamisessa potilaan kanssa. Jos tutkimuksessa käsiteltiin pelkästään puheeksi ottamista omaisten tai läheisten kanssa, se suljettiin pois. Lisäksi aiheen rajausta kohdistui vuorovaikutukseen, joka tapahtui potilaan kanssa kasvotusten. Jos tutkimus käsitteli etäyhteys, verkko- tai mobiili-interventiota, se rajattiin pois. Kuten kotimaisessa katsausartikkelissa (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019) mainitaan, tutkimuksien vaikuttavuuden olevan riippuvainen kyseisen maan hoitojärjestelmästä ja kulttuurista. Tämän takia poissulkukriteerinä toimi, jos tutkimus oli kohdistettu johonkin tiettyyn rotuun, sosioekonomiseen taustaan tai kulttuuriin.

Kuten edellä mainittu palliatiivisessa hoidossa on eriarvoisuutta potilas- tai diagnoosiryhmittäin (Saarto & ym. 2022, 24–25.) Työ haluttiin toteuttaa kohdistumatta mihinkään tiettyyn diagnoosiryhmään, joten aihetta ei rajattu diagnoosiryhmittäin. Katsaukseen valittiin tutkimuksia, jotka käsittelevät aikuisia potilaita. Tutkittavaksi ei valittu tutkimuksia, jotka käsittelevät keskustelua ennakoivasta hoitosuunnitelmasta lasten tai heidän vanhempien kanssa.

Aineiston keruun valintaprosessi porrastettiin neljään eri vaiheeseen, joka toteutettiin kaikissa neljässä tietokannassa. Ensimmäinen vaihe valintaprosessissa oli otsikkotason tarkastelu. Siinä poissuljettiin tutkimuksen, jotka eivät olleet tieteellisiä artikkeleita ja eivät osoittaneet kohdistuvan tutkimuskysymykseen. Jo otsikkotason tarkastelun jälkeen 774 hakutuloksesta karsiutui pois 713 kappaletta. Otsikkotason tarkastelun jälkeen syvennyttiin näiden tutkimuksien tiivistelmiin, jotka vaikuttivat otsikon perusteella sopivan katsaukseen. Jos tiivistelmä vaikutti vastaavan katsauksen aiheeseen, tarkasteltiin koko teksti läpi. Valintaprosessin viimeiseen vaiheeseen eli laadun arvioitiin tuli systemaattisesta hausta tuli neljä artikkelia ja manuaalisesta hausta kaksi artikkelia. Tiedonhaun prosessi on kuvattu liitteessä 2.

Taulukko 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Tutkimus vastaa tutkimuskysymykseen.	Tutkimus ei vastaa tutkimuskysymykseen, eikä liity tutkittavaan aiheeseen.
Suomen- tai englanninkielinen.	Tutkimus kirjoitettu jollain muulla kielellä, kuin suomen tai englannin kielellä.
Luotettava tutkimus sekä julkaisija.	Tutkimus tai julkaiseva taho ei vaikuta luotettavalta.
Koko teksti saatavilla ilmaiseksi.	Koko tekstiä ei ole saatavilla ilmaiseksi.
Tutkimus on julkaistu vuosina 2013–2023.	Tutkimus on vanhempi, kuin aikarajassa asetettu.

Laadun arviointi huomioitiin jokaisessa hakuprosessin vaiheessa. Tutkimuksista tarkastellaan ja arvioidaan sen tutkimusasetelmia ja millä keinoilla tutkimuksessa on päädytty sen tuloksiin. Lisäksi laadun arvioinnissa keskityttiin pätevyyden, kliinisen merkittävyyden ja yleistettävyyden arviointiin. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 28–27, 68–69.) Osa valituista tutkimuksista olivat systemaattisia katsauksia. Näiden laadun arvioinnissa keskityttiin katsauksen laaditun prosessin toteuttamiseen (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 68–69). Lisäksi aineiston laadun arvioinnissa käytettiin apuna Joanna Briggs Instituutin arvioinnin kriteerejä sekä tarkistuslistaa, jonka on suomentanut Hoito-työn tutkimussäätiö. Arvioinnin tarkistuslista sisältää 11 kohtaa, joihin voi vastata: kyllä, ei, epäselvä, tai ei sovellettavissa. Tarkistuslistan kriteerit käsittelivät laadun arviointia kriittisesti katsauksen prosessin eri vaiheissa. Kriteerit kohdistuivat muun muassa tutkimuskysymykseen, mukaanottokriteereihin, hakustrategiaan, tiedonlähteisiin, laadunarviointiin, tutkimustulosten yhdistämiseen ja tutkimustulosten esittelyyn. (Tutkimusten arviointikriteeristöt 2018) Kaikki tutkimukset hyväksyttiin laadunarvioinnin jälkeen.

Systemaattisesta tiedonhausta kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttiin 4 tutkimusartikkelia kaikista 774 hakutuloksesta. Manuaalisesti haetuista aineistosta 2 tutkimusta hyväksyttiin katsaukseen. Manuaalinen haku tapahtui tutkimuksien lähdeluetteloita, Google Scholar:ia sekä muita tietokantoja selaamalla. Opinnäytetyöhön valikoitui yhteensä 6 tutkimusta valintaprosessin jälkeen.

5.2 Aineiston analyysi

Aineiston analyysin tarkoituksena on järjestellä valittujen tutkimuksien sisältöä (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 30). Aineiston analyysi aloitetaan käsittelymenetelmän valinnalla. Laadullisia aineistonkäsittelymenetelmiä ovat muun muassa aineiston yhdistely, kuvaileva luokittelu, käsitteellistämisen ja metasynteesi. Käsittelymenetelmän valintaan vaikuttavat katsauksen menetelmät, katsauksen tarkoitus, valittu tutkimusaineisto sekä tavoiteltava tieto. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 30, 80–82, 85)

Liitteessä 3. on esitetty tutkimustaulukko, jossa esitellään valittu aineisto. Valitun aineiston sisältö järjesteltiin tutkimustaulukkoon, jossa kuvataan tutkimuksien pääsisältö. Tutkimuksen kirjoittaja(t), julkaisu vuosi, tutkimukseen osallistuneet maat, tutkimuksen tarkoitus, aineisto/otos ja menetelmät sekä päätulokset kuvataan taulukossa. Taulukon tarkoituksena on järjestellä valittujen tutkimuksien tuloksia ja niiden sisältöä, joka auttaa varsinaisen analyysin teossa. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 30–31.)

Sisällönanalyysiä käytettiin apuna opinnäytetyön aineiston analyysissä. Sisällönanalyysi on yleinen analyysimenetelmä, jota voidaan hyödyntää lähes kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. Sisällönanalyysia voi käyttää itsessään yksittäisenä menetelmänä tai sitä hyödyntää väljänä teoreettisena kehyksenä muissa käsittelymenetelmissä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 103.) Laadullisen analyysin menetelmät voidaan jakaa kahteen eri luokkaan: induktiivinen eli aineistolähtöinen tai deduktiivinen eli ennalta määrätty analyysirunko. Käytännössä induktiivinen toimintatapa kuvaa yksittäisestä yleiseen, kun taas deduktiivinen kuvaa yleisestä yksittäiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 107; Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 86)

Taulukko 2 Esimerkki aineiston analyysin taulukoista

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus suomenmennettuna	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
"Studies have found that structured communication tools when used in EOL conversations can increase the frequency and documentation .."	Työvälineillä voi olla positiivisia tuloksia keskusteluiden tiheydessä ja dokumentoinnissa.	Vuorovaikutuksen työvälineiden merkitys hoidon laatuun	Ennakoivan hoitosuunnitelman puheeksi ottamisen työvälineet ja strategiat	Ammatillinen vuorovaikutus
"Potilaan arvoja voi korostaa kysymällä esimerkiksi, mikä tässä kohtaa elämää tuo sinulle iloa tai on sinulle tärkeää?"	Kysymys; mikä tuo potilaalle iloa?	Keskustelua ohjaavat kysymykset		
"The six steps include setting, perception, invitation, knowledge, empathize, and summarize/strategize."	Kuusi portainen työväline sisältää; asetelma, havainto, kutsu, tieto, empatia ja yhteenveto/strategioi	Vuorovaikutuksen työvälineet		

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus suomenmennettuna	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
"..because of avoidance and fear of taking the patient's hope away, assumptions that patients and their families do not want to discuss the serious nature of their condition, ..."	<i>Välttely ja pelko siitä, että läheiset/potilas ymmärtävät väärin tilanteen, on este vuorovaikutukselle</i> Välttely ja pelko on esteenä vuorovaikutukselle	Vuorovaikutusta estävät tekijät	Ammatilliseen vuorovaikutukseen vaikuttavat tekijät ennakoivan hoitosuunnitelman puheeksi ottamisessa	Ammatillinen vuorovaikutus
"Being well-informed about the patient's medical history and present situation before holding any discussions related to serious illness is not just a good practice; it is crucial for successful EOL communication."	<i>Perehtyminen potilaan sairaushistoriaan ja nykytilanteeseen on välttämätöntä ennen ennakoiva hoitosuunnitelma keskusteluja.</i> Potilaan tietoihin perehtyminen	Vuorovaikutusta edistävät tekijät		
"..and require core communication skills of sensitivity and empathy.." "Elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelman teko vaatii hyviä kommunikaatiotaitoja"	Keskustelu vaatii hyviä kommunikaatiotaitoja, herkkyyttä ja empatiaa.	Vuorovaikutuksen taidot		

Aineiston analyysi toteutettiin hyödyntäen aineistolähtöistä sisällönanalyysiä eli induktiivista aineiston analyysiä. Aineiston pelkistäminen tapahtui tutkimuskysymyksen suunnasta. Ilmaisut ja ilmiöt, jotka liittyivät tutkimuskysymykseen, alleviivattiin erivärisiä kyniä käyttäen. Nämä alleviivat ilmaisut pelkistettiin ja listattiin erilliselle dokumentille. Pelkistetyistä ilmaisuista etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia, jonka jälkeen ne ryhmiteltiin analyysi taulukkoon täten muodostaen alaluokkia. Alaluokat nimettiin sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Alaluokkia yhdistämällä luotiin yläluokkia, joille vielä luotiin yhdistävä pääluokka. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–127; Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 87.) Kummallekin tutkimuskysymykselle muodostui oma analyysitaulukko. Toinen taulukko käsittelee vuorovaikutukseen liittyviä luokkia ja toinen työvälineisiin ja strategioihin liittyviä luokkia.

6 Tulokset

Opinnäytetyöhön valikoitui mukaan 6 tutkimusta, joita tarkastellaan työn tutkimuskysymyksen mukaisesti; ennakoivan hoitosuunnitelman puheeksi ottamisen työvälineitä ja vuorovaikutukseen liittyviä tekijöitä palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan kanssa. Tutkimuksen pohjalta tuli ilmi, että hyvät kommunikaatiotaidot ja empatiakyky ovat erityisen tärkeitä ennakoivan hoitosuunnitelman puheeksi ottamisessa. Vuorovaikutuksen työvälineet voivat olla terveydenhuollon ammattilaisen tukena kommunikoinnissa. Kaikki työvälineet, eivät sovellu jokaiseen tilanteeseen, koska vuorovaikutukseen liittyvät tekijät riippuvat osallistuvista henkilöistä sekä tilannetekijöistä.

6.1 Vuorovaikutuksen työvälineitä

Opinnäytetyössä vuorovaikutuksen työvälineillä tarkoitetaan menetelmiä ja strategioita terveydenhuollon ammattilaiselle, jotka voivat auttaa loppuelämän hoidon kokonaisvaltaisessa suunnittelussa ja sen puheeksi ottamista. Tähän tarkoitukseen on kehitetty monia erilaisia työvälineitä ja menetelmiä. Työvälineiden käyttötapa ja tarkoitus voi vaihdella riippuen työvälineestä. On työvälineitä, jotka avustavat keskustelua visuaalisesti, kuten Remap ja Talking Mats. Talking Mats:issä kuvat ja symbolit tukevat kommunikointia. Tämä erityisesti on hyödyllinen niiden potilaiden kohdalla, joiden verbaalituotanto on heikkoa. Muita esille nostettuja työvälineitä olivat muun muassa Afirm, Sage & Thyme, ABCDE-suunnitelma sekä POLST Eli Physician Orders For Life Sustaining Treatment. Tutkimuksissa ei esitetty tarkasti näiden työvälineiden käyttötapoja. (Boucher 2021; Denning, Sampson & De Vries 2019; Myers ym. 2018; Pfeifer & Head 2018)

Kuten edellä mainittu ennakoivan hoitosuunnitelman puheeksi ottamiseen on monia eri työvälineitä ja strategioita. Kuitenkin monissa työvälineissä on samankaltainen lähestymistapa. Yleisesti lähestymistapa pitää sisällään keskusteluun valmistautumisen, potilaskeskeisyyden, empatian ja potilaan tunteiden, toiveiden, mieltymyksiensä sekä huolien kunnioittamisen. (Dening, Sampson & De Vries 2019.)

6.1.1 Vuorovaikutuksen työvälineiden hyödyntäminen

Kuusiportainen työväline The Spikes tuli esille kolmessa valitussa tutkimuksessa. Työvälineen kuusi porrasta koostuvat; asetelma (setting), havainto (perception), kutsu (invitation), tieto (knowledge), empatia (empathize) ja yhteenveto/strategioi (summarize/strategize). Työvälineen ensimmäinen kohta määrittelee, että keskustelun asetelma tarjoaa potilaalle yksityisyydensuojaa ja turvallisuutta. Lisäksi potilaan läheiset ovat keskustelussa läsnä. Havainto- kohdassa potilaalta tiedostellaan, mitä hän jo tietää tai mitä hänelle on kerrottu sairaudestaan. Näin voidaan selvittää potilaan odotuksia hoidosta, olivat ne realistisi tai ei. Kutsulla tarkoitetaan perehtymistä siihen, kuinka paljon potilas haluaa tietää yksityiskohtia hoidostaan. Tietoa kerrotaan potilaalle niin, että hän ymmärtää sen. Liiallisen ammattikielen käyttöä tulee välttää. Potilaan ja hänen läheistensä tunteisiin voi vastata empatialla. Keskustelun lopuksi laaditaan yhteenveto hoitosuunnitelmasta yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. (Boucher 2021; Dening, Sampson & De Vries 2019; Pfeifer & Head 2018.)

Toinen esille nostettu työväline oli Nurse. Nurse oli akronyyymi, joka koostui sanoista; Nimeäminen (Naming), ymmärtäminen (understanding), kunnioittaminen (respecting), tukeminen (supporting), syventyminen (exploring). Tällä työvälineellä voi tehostaa kommunikointia tunteisiin vastaamalla ja empatialla. (Boucher 2021.) Kuvassa 1. on esitetty Nurse työvälineen eri kohdat ja niihin liittyvät apukysymykset.

Kuva 1 Nurse-työväline suomennettuna

Nimeäminen

”Kuulostaa, että olet huolissasi ...”

Ymmärtäminen

”Minun ymmärrykseni mukaan asia mistä puhut... ”

Kunnioittaminen

”Ymmärrän miten vaikeaa tämä voi olla sinulle ja perheellesi”

Tukeminen

”Me olemme täällä tukemassa sinua.”

Syventyminen

”Haluatko kertoa tuosta lisää?”

Vakavan sairauden keskusteluopas (The Serious Illness Conversation Guide, SICG) työvälineen käyttöä on tutkittu aikaistavan ennakoivan hoitosuunnitelmien tekoa. Keskusteluoppaan avulla voidaan keskustella potilaan arvoista, tavoitteista ja mieltymyksistä. Keskusteluopas sisältää kuusi eri kohtaa. Ensimmäisessä kohdassa keskustelu aloitetaan esittämällä potilaalle suunnitelma ja sen edut. Keskustelun edetessä yritetään saada selville, mitä potilas tietää sairaudestaan ja mitkä ovat hänen mieltymyksensä. Hiljaisuus ja tunteet tulee hyväksyä keskustelun aikana. Potilaalle tärkeät asiat tulee käydä läpi, kuten potilaan tavoitteet, pelot, huolet ja voimavarat. Keskustelu tulee lopettaa yhteenvetoon ja varmistaa potilaan sitoutuminen hoitoon. Hoitokeskustelun päätyttyä se tulee dokumentoida asianmukaisesti. (Boucher 2021.)

Kuka, Mitä, Koska, Missä ja Miten- työväline (Who, What, When, Where, How) voi auttaa ennakoivan hoitosuunnitelman keskusteluissa ja sen suunnittelussa. **Kuka?** Potilaalta voi kysyä kenet hän haluaa olevan läsnä hoitokeskusteluissa. Taustalla voi olla perheongelmia, jotka vaikuttavat keskustelun kulkuun, kuten potilaan perheenjäsenillä voi olla erilaisia mielipiteitä hänen toiveistansa. Eriäväisten mielipiteiden vuoksi keskustelu voi ajautua sivuraiteille. Myös hoitokeskustelut voivat nostaa pintaan muita perheongelmia. Mahdollisten ongelmien syntyessä terveydenhuollon ammattilaisella on vastuu tunnistaa ne ja tuoda keskittyminen takaisin oleelliseen eli potilaaseen sekä ennakoivan hoitosuunnitelman laatimiseen. Perheenjäsenten tukeminen kuuluu laadukkaaseen palliatiiviseen hoitoon. (Pfeifer & Head 2018.)

Mitä? Ennen hoitokeskustelua kuuluu laatia tavoite, mitä keskustelussa käydään läpi. Tavoitteena voi olla taudin ennusteen selventäminen, hoidon tavoitteiden asettaminen tai potilaan toiveista puhuminen. Ensimmäisessä tapaamisessa on tärkeää keskustella sairauden ennusteesta. Kuinka tarkasti ennusteesta puhutaan, tulisi perustua potilaan mieltymyksiin. Keskustelun avaukseen on hyvä kysyä potilaalta "Kerro minulle, mitä ymmärrät sairaudestasi ja sen ennusteesta?" sekä "Kuinka paljon haluat siitä tietää?". Jälkimmäiseen kysymykseen vastaaminen voi olla haastavaa, koska potilas ei voi olettaa, mitä tietoa hänelle tullaan kertomaan. Varoituslauseella "meidän täytyy mielestäni keskustella vakavasti". Potilaan reaktiota tähän lauseeseen määrittää tahdin ja sisälön keskustelulle. (Pfeifer & Head 2018.)

Milloin? Ajan järjestäminen ennakoivan hoitosuunnitelman laatimiselle voi olla haastavaa ja hoitokeskusteluita on vaikea yhdistää rutiinikäyntien yhteyteen. Keskustelut tulee käydä silloin, kun on aikaa kuunnella kärsivällisesti potilasta ja suunnitella hänen tulevaisuutensa hoitoa. Hätäisesti kii-reellä tehty ennakoiva hoitosuunnitelma on harvoin laadukas. (Pfeifer & Head 2018.) **Missä?** Ide-aali tilanne on, että hoitokeskustelut pidettäisiin huoneessa ilman häiriötekijöitä tai keskeytyksiä. Todellisuudessa usein hoitokeskustelut käydään potilaan vuoteen äärellä toimintakyvyn heikenty-essä tai tilan puutteen takia. Tapahtui hoitokeskustelu missä tahansa, on tärkeää istua alas. Seiso-malla sairaan ihmisen yläpuolella voi lisätä potilaan haavoittavuuden tunnetta. Istumisella voi-daan viestiä potilaalle, että välitämme ja meillä on aikaa hänelle. (Pfeifer & Head 2018.) **Miten?** Etukäteen osittain suunniteltu keskustelu sujuu yleensä parhaiten. Keskustelun voi aloittaa käy-mällä läpi etukäteen suunnitellut tavoitteet. Kuitenkin terveydenhuollon ammattilaisen pitää jous-taa keskustelun kulusta ja sen tavoitteista, koska siihen vaikuttaa osapuolien välinen dynamiikka. Loppujen lopuksi keskustelunaiheet määrittävät potilaan tarpeiden ja mieltymyksien mukaan.

Wendrich-van Dael ja muut (2021) suunnittelivat tutkimuksessaan ennakoivan hoitosuunnitelman kolmiosaisen työväliseen hoivayksikköön. Ensimmäinen osa työvälisestä oli laaja ohjeistus enna-koivasta hoitosuunnitelma ja siihen liittyvistä tekijöistä. Ensimmäinen työväliseen alkuun käsitel-tiin kysymyksiä liittyen ennakoivan hoitosuunnitelman valmisteluun. Työvälisessä oli neljä eri kohtaa; Kenen kanssa, Milloin, Kuinka usein ja Mitä valmisteluita tarvitaan. Kenen kanssa- kohta käsittelee, ketkä voivat osallistua ennakoivan hoitosuunnitelman hoitokeskusteluihin. Näitä henki-löitä olivat itse potilas, läheiset, lailliset edustajat, henkilökunta sekä hoitava lääkäri. Milloin- koh-dassa otettiin kantaa ennakoivan hoitosuunnitelman ajankohtaan. Sitä kuvailtiin prosessina, jota

tulee päivittää, kun potilaalle tulee muutoksia sairauteen tai elämän tilanteeseen. Kuinka usein-ennakoiva hoitosuunnitelma tulee päivittää vuoden välein tai tarvittaessa. Mitä valmisteluita tarvitaan- Potilaalle ja hänen läheisilleen kuuluu tiedottaa ennakoivasta hoitosuunnitelmasta. Ennen keskustelua potilaan päätöksentekokykyä arvioidaan ja hänen taustatietoihinsa perehdytään. Hoitavaan lääkäriin ollaan yhteydessä hoitokeskustelusta. (Wendrich-van Dael ym. 2021.) Tutkimuksen toisessa vaiheessa luotiin yksi sivuinen ja helppokäyttöinen keskustelun opas. Kuvassa 2. on esitetty suomennettuna tutkimuksen tuloksena syntynyt ennakoivan hoitosuunnitelman yksi sivuinen keskustelun opas.

<p>A) Ideat hyvästä elämästä Mikä on sinulle tärkeää? Mitkä asiat saavat sinut iloiseksi? Mistä olet ylpeä? Mikä tekee elämästäsi elämisen arvoista? Mitä meidän tarvitsee tietää, että voimme antaa sille parasta mahdollista hoitoa? Miten voimme parantaa hoitoasi? Mitkä asiat antavat sinulle voimaa? Onko sinulla uskonnollisia, hengellisiä tai kulttuurillisia arvoja? Haluatko puhua näistä jonkun kanssa? Milloin voit ajatella, että elämä ei ole elämisen arvoista? Mistä tahtoisit perheesi/läheisesi muistavan sinut? Mille asialle tahtoisit vielä panostaa energiaa ja aikaa? Onko jotain mitä kovasti odostat? Osaatko kertoa, mitä sinulle on kerrottu tällä sinun tämän hetkisestä hoidostasi? Mitä odostat sinulle tapahtuvan? Mikä tekee sinut onnelliseksi? Mikä on tärkeää sinulle? Onko sinulla jotain, mitä haluaisit saada valmiiksi elämäsi aikana?</p> <p>B) Toiveet nykyisestä hoidosta Mitä mieltä olet tämänhetkisestä elämän laadustasi? Miten olet pärjännyt sairautesi/ikäntymisen kanssa? Mikä on vaikeinta sairaudessasi? Onko mielestäsi vaikeaa ikääntyä? Mitä ikääntyminen tarkoittaa sinulle?</p>	<p>C) Toiveet tulevaisuuden hoidosta ja hoidon tavoitteet Mitä toivot tulevaisuudelta? Mikä pelottaa sinua tulevaisuudessa? Mikä olisi paras ja mikä kauhein asia, mitä voisi sattua sinulle huomioon sairautesi? Pelkäätkö kuolemaa? Onko joku tutuksi tullut todella sairaaksi/kuollut? Miten koit tämän tilanteen?</p> <p>Mitä pelkää? Onko jotain mitä haluat vältellä? Oletko ikinä ajatellut, mitä hoitoja haluat silloin, kun olet itse liian sairas päättämään asiasta? Onko sinulle tärkeää, että voit tehdä omat päätöksesi? Onko jotain mitä haluaisit nyt päättää? Kumpi on sinulle tärkeämpää: Keskittyminen elämän laatuun vai eläminen mahdollisimman pitkään?</p> <p>D) Lailliset edustajat Jos tulevaisuudessa tulet menettämään toimintakykyäsi tehdä päätöksiä, onko olemassa henkilöä keneen luotat tekemään päätöksiä puolestasi? Haluatko nimetä itsellesi laillisen edustajan?</p>	<p>E) Hoidon rajaukset ja linjaukset Oletko tehnyt hoitotahtoa? Oletko kuullut palliatiivisesta hoidosta? Mitä ajatuksia se sinussa herättää? Jos vointisi romahtaisi haluaisitko silti mennä sairaalaan? Onko elvytyskielto käsitteenä sinulle tuttu? Jos menisit elottomaksi, haluaisitko sinua elvytettävän?</p> <p>F) Hoitava yksikkö Missä haluaisit sinua hoidettavan elämäsi lopussa?</p> <p>G) Mieltymykset Onko sinulla jotain mieltymyksiä, mitä haluaisit meille kertoa?</p> <p>H) Mieltymykset kuolemasta Onko sinulla tiettyjä uskonnollisia toiveita, mitä haluat huomioidavan? Onko sinulla mielessä mitään, mikä pitäisi ottaa huomioon hautajaisvalmisteluissa?</p> <p>I) Toiveiden ja mieltymysten päivittäminen Missä tilanteessa tahtoisit päivittää sinun toiveita ja mieltymyksiä hoidosta?</p> <p>Lopuksi yhteenveto "Tänään kerroit minulle... Onko tämä oikein?" "Olenko ymmärtänyt oikein? Tänään siis päätimme.."</p> <p>Tulevaisuudessa hoitokeskustelun voi aloittaa kertaamalla, mitä viimeksi on sovittu.</p>
---	--	--

Kuva 2 Yksisivuinen keskusteluopas suomennettuna

Keskusteluoppaassa on 8 eri kohtaa, jotka käsittelevät eri keskustelun osa-alueita. Keskustelun osa-alueita olivat "ideat hyvästä elämästä", "toiveet nykyisestä hoidosta", "toiveet tulevaisuuden

hoidosta ja hoidon tavoitteet”, ”lailliset edustajat”, ”hoidon rajaukset ja linjaukset”, ”hoitava yksikkö”, mieltymykset, ”mieltymykset kuolemasta” sekä ”toiveiden ja mieltymyksien päivittäminen”. Keskustelun päätyttyä tulee aina tehdä yhteenveto, mitä on potilaan kanssa keskusteltu ja sovittu. Keskustelun tarkoituksena ei ole käydä kaikkia kohtia läpi yhdellä kerralla, vaan keskustelun voi jakaa moneen osaan. Seuraavan hoitokeskustelun voi aloittaa kertaamalla, mitä viime kerralla on sovittu. (Wendrich-van Dael ym. 2021)

6.1.2 Keskustelua ohjaavat kysymykset

Ennakoivan hoitosuunnitelman työvälaineiden lisäksi mainittiin kysymyksiä, jotka voivat johdatella hoitokeskustelua. Hyvä keskustelun avaus on kysyä potilaan käsitystä hänen nykytilanteestaan ja tulevaisuudesta sairauden kanssa sekä realistista hoidon tavoitteista. Potilaan vastauksesta voi päätellä, kuinka valmis potilas on käymään keskustelua loppuelämän suunnittelusta. Potilaan psykososiaalisista tarpeista on hyvä kysyä. Tämä voi viestiä potilaalle halusta toteuttaa hoitoa hänen parhaaksi. ”Kuka tukee sinua?”- kysymyksellä voidaan kartoittaa potilaan tämänhetkistä tukiverkkoa. Potilaan arvoja voi kysyä muun muassa kysymyksillä ”mikä on sinulle tällä hetkellä tärkeää?”, ”mikä tuo sinulle iloa?” tai ”Mitkä asiat auttavat sinua sairautesi kanssa?” (Boucher 2021; Lehto, Marjamäki, & Saarto 2019.)

Hoidon rajauksista voi kysyä, että onko potilas tehnyt hoitotahtoa tai miettinyt hoitotoiveitaan tilanteita varten, jos hänen vointinsa heikkenee nykyisistä hoidoista huolimatta. Myös tiedustelemalla, että onko hän keskustellut aikaisemmin toiveistaan kenenkään kanssa, kuten hänen läheistensä. Jollei potilaalla ole valmiiksi luotuja hoidonrajauksia, kysymyksellä ”Onko tilanteita, jossa et toivoisi elämäsi pidennettävän” asia voidaan ottaa puheeksi. On kuitenkin tärkeää olla rehellinen potilaalle siitä, että loppujen lopuksi päätökset hoitovalintoista päättää lääkäri. Myös on oleellista korjata väärinkäsitykset tai epärealistiset odotukset. (Boucher 2021; Lehto, Marjamäki, & Saarto 2019.)

”Miten potilas haluaisi elää elämänsä viimeiset viikot tai kuukaudet?” on kysymys, jolla voidaan kartoittaa konkreettisesti potilaan loppuelämän toiveita. Konkreettiset loppuelämän toiveet helpottavat ennakoivan hoitosuunnitelman tekoa. Terveystieteiden ammattilaisena on tärkeää kysyä potilaalta hänen peloistansa ja huolista, koska voi olla, ettei potilas itse uskalla tuoda niitä esille. (Boucher 2021; Lehto, Marjamäki, & Saarto 2019.) Vaikka keskustelua ohjaavat kysymykset

voivat olla antaa hyvää rakennetta keskustelulle, tulee huomioida, ettei keskustelu muutu liian muodolliseksi. Aktiivinen kuuntelu ja läsnäolo on tärkeämpää, kuin ”kysymyksiä ja vastauksia”-keskustelu. (Wendrich-van Dael ym. 2021)

6.2 Vuorovaikutuksen työvälineiden yhteys palliatiivisen hoidon laatuun

Valituissa tutkimuksista nousi esille, että puheeksi ottamisen- työvälineet voivat auttaa hoitajia heidän itsevarmuudessaan ennakoivan hoitosuunnitelman puheeksi ottamisessa, sekä tukea heidän taitojansa. (Boucher 2021.) Esille tuotiin, että työvälineillä voidaan yleistää keskusteluita ja niiden dokumentointia. Lisäksi on heikkoa näyttöä, että viestinnäkoulutus parantaa tehokkuutta tai kommunikaatiotaitoja. Kuitenkin tutkimuksissa oli iso painotus terveydenhuollon ammattilaisen kokemuksella. Käytännön kokemusta pidetään tärkeämpänä hoitokeskusteluissa, kuin työvälineitä tai eri strategioita. Kokemus ja vakiintuneet käytänteet kommunikoinnissa sekä moniammatillinen osaaminen, on tärkeä perusta osaamisen kehittymisille. (Pfeifer & Head 2018)

Kuitenkin positiivisista tutkimustuloksista huolimatta, puuttuu yksiselitteisiä ja johdonmukaisia tuloksia potilaiden hoidosta, jotka tukisivat yhtä työvälinettä ennakoivassa hoidon suunnittelussa. Eri työvälineiden vaikutus voi vaihdella terveydenhuollon ammattilaisen mukaan, riippuen hänen kokemuksestaan, sekä kommunikaatiotaidoistaan. Kaikki työvälineet eivät sovi jokaiseen tilanteeseen. Vuorovaikutukseen liittyvät tekijät riippuvat osallistuvista henkilöistä sekä tilannetekijöistä. Kuitenkin monissa työvälineissä painotetaan samoja arvoja ja lähestymistapoja. (Dening, Sampson & De Vries 2019.) Esteistä ja haasteista huolimatta kommunikointi potilaan kanssa on välttämättömyyttä ja näin voidaan ylläpitää hänen laadukasta hoitoaan ja autonomiaa (Boucher 2021).

6.3 Ammatillinen vuorovaikutus sekä sitä edistävät ja estävät tekijät

Kommunikointi ennakoivasta hoitosuunnitelmasta ja hoidon tavoitteista pitää aloittaa hoidon varhaisessa vaiheessa potilaan kanssa. Hoitokeskusteluissa käsitellään monipuolisesti potilaan tarpeita, kuten hänen arvojansa, voimavaroja, mieltymyksiä, uskomuksia, tavoitteita, toiveita, pelkoja sekä huolia. (Boucher 2021; Pfeifer & Head 2018.) Hoitokeskusteluissa kommunikoinnin kuuluu olla selkeää, jotta keskustelun osapuolet ymmärtävät toisiaan. Erityisesti tärkeänä pidetään, että potilas ja hänen läheisensä ymmärtävät sairauden kulun ja sen ennusteen sekä nykyisen hoidon tulokset. Potilaan epärealistiset ajatukset hänen hoidostaan ja sairautensa kulusta nähtiin yhtenä

kommunikaation ongelmana. Kuitenkin vastavuoroisesti terveydenhuollon ammattilaisen tulee ymmärtää potilaan arvoja ja tavoitteita. Sairaanhoidajan rooli voidaan nähdä potilaan tukemisena sekä hänen kannustamisena hoitojensa keskellä. Tuloksien mukaan sairaanhoitajat itse tunnustivat tärkeän roolin potilaan ja hänen läheistensä auttamisessa ymmärtämään hoitoihin osallistujien roolit, sekä hoitokeskusteluiden rakenteen ja prosessin (Boucher 2021). Hoitokeskusteluun osallistuvien roolin ymmärtäminen luo pohjaa laadukkaalle kommunikaatiolle sekä vähentää riskiä väärinymmärryksiin (Lehto, Marjamäki, Saarto 2019).

Tutkimuksissa painotettiin, että ennakoivan hoitosuunnitelman hoitokeskustelu vaatii hyviä kommunikaatiotaitoja (Boucher 2021; Dening, Sampson & De Vries 2019; Lehto, Marjamäki, Saarto 2019; Pfeifer & Head 2018; Wendrich-van Dael, Gilissen, Van Humbeeck, Deliens, Vander Stichele, Gastmans, & Lieve Van den Block 2021). Hyvällä kommunikoinnilla voidaan vähentää väärinymmärryksiä hoitoon liittyen, joita potilaalle ja läheisille voi syntyä (Boucher 2021). Lisäksi herkkyys ja empatiakyky ovat tärkeitä piirteitä. (Boucher 2021; Dening, Sampson & De Vries 2019; Pfeifer & Head 2018). Hoitokeskustelu voi herättää potilaassa paljon erilaisia tunteita, kuten pelkoa, ahdistusta tai masentuneisuutta. Terveydenhuollon ammattilainen voi vastata voimakkaisiin tunteisiin empatialla sekä kannustaa potilasta hyväksymään tunteensa ja tuomaan niitä esille. Niiden hyväksyminen voi auttaa potilasta käymään läpi tunnekokemuksia. Empatiakykyä ja kommunikaatiotaitoja voi kuitenkin kehittää samalla tavalla, kuin kliinisiä taitoja. (Boucher 2021; Pfeifer & Head 2018.)

Boucher (2021) kuvailee, että hoitokeskustelun aloittamiseksi on tärkeä pyytää potilaalta lupa siihen. Erityisesti, kun luvassa on arkaluontoisten asioiden käsittelyä, kuten potilaan pelot ja huolet. Luvan voi pyytää esimerkiksi kysymällä ”Sopiiko sinulle/teille, jos keskustelemme tänään...”. Keskustelutila tulee olla mukava ja rauhallinen ympäristö. Häiriötekijät poistamalla ympäristöön luodaan rauhallisuutta. (Boucher 2021; Lehto, Marjamäki, Saarto 2019). Ennakoivan hoitosuunnitelman laatiminen voidaan nähdä jatkuvana prosessina. Se myös mielletään haastavaksi ja aikaa kuluttavaksi tehtäväksi (Pfeifer & Head 2018; Wendrich-van Dael ym. 2021.) Lisäksi se vaatii koulutusta, kommunikaatiotaitojen kehitystä, yhtenäistettyä dokumentointia sekä laadun tarkkailua ja sen parannusta (Myers, Cosby, Gzik, Harle, Harrold, Incardona & Walton 2018.)

6.3.1 Vuorovaikutusta estävät

Valituissa tutkimuksissa nostetaan esille vuorovaikutusta estäviä tekijöitä. Kommunikaation ongelmat voivat viivästyttää ennakoivan hoidon suunnittelua tai johtaa väärinymmärryksiin. Esille tuottuja estäviä tekijöitä oli keskustelun tietoinen välttely. Terveydenhuollon ammattilainen voi vältellä ennakoivan hoitosuunnitelman puheeksi ottamista potilaan kanssa. Monesti siinä voi olla syynä ajatus, että loppuelämän suunnittelulla voidaan vähentää potilaan toiveita tulevaisuudesta tai oletus, että potilas perheineen ei tahdo keskustella vakavasti potilaan tilasta. (Boucher 2021.) Joskus keskustelun välttelyyn voi johtaa ajatus, että keskustelu aiheuttaa ahdistusta potilaassa tai vähentää toivoa elämään ylläpitävistä hoidoista (Myers ym. 2018). Myös voidaan ymmärtää väärin, että ennakoiva hoitosuunnitelma kuuluu tehdä kuoleman läheisyydessä (Boucher 2021).

Keskustelun välttelyn taustalla voi olla myös ammattilaisen epävarmuus omasta osaamisestaan. Useassa tutkimuksessa tuotiin esille, että hoitajien tiedon puute ennakoivasta hoitosuunnitelmasta, sekä kokemuksen vähäisyys aiheuttavat epävarmuutta ja ahdistuneisuutta loppuelämän suunnittelun puheeksi ottamisessa. (Boucher 2021; Dening, Sampson & De Vries 2019; Myers ym. 2018.) Lisäksi terveydenhuollon ammattilaisen negatiivinen omakohtainen kokemus kuolemasta sekä herkkyyden ja empatian puute toimivat esteenä (Dening, Sampson & De Vries 2019; Myers ym. 2018). Ongelmia voi myös aiheuttaa ohjeistuksien ja käytännön suosituksien puute, mutta näitä voidaan ehkäistä koulutuksella ja työvälineillä (Myers ym. 2018).

Esteet voivat olla myös potilaasta lähtöisiä, kuten prokrastinaatio eli asioiden lykkääminen tai tiedon puute ennakoivasta hoitosuunnitelmasta. Potilaalla voi olla ajatuksia, kuten hoitajan kuuluu ottaa asia puheeksi tai pelko siitä, ettei hän saa hoitoa. Potilas voi myös kokea vaikeuksia puhua aiheesta. Potilaan luottamus hänen perheensä päätöksentekokykyyn ja siihen, että he tulevat tekemään valinnat hänen puolestaan tulevaisuudessa, voi viivästyttää ennakoivan hoidonsuunnittelua. Potilaalla voi olla periaatteita tai uskomuksia, jotka voivat lykätä ennakoivan suunnitelman tekoa, kuten uskonnolliset periaatteet ”Jumalan tahdosta” tai kohtalonusko. (Dening, Sampson & De Vries 2019.) Potilaan nuori ikä tai se, että hän ei ole vielä valmis käymään keskustelua koetaan haasteena ennakoivan hoidon suunnittelulle. (Myers ym. 2018).

6.3.2 Vuorovaikutusta edistävät tekijät

Vuorovaikutukseen liittyvät tekijät riippuvat monesta asiasta. Kommunikoinnin tukemiseksi on kuitenkin nostettu esille muutamia asioita. Kuten edellä mainittu ennakoivan hoitosuunnitelman teko vaatii hyviä kommunikaatiotaitoja, empatiakykyä ja tilanteen herkkyyttä (Lehto, Marjamäki, & Saarto 2019; Pfeifer & Head 2018). Lisäksi terveydenhuollon ammattilaisen luonteenpiirteet voivat rauhoittaa potilasta, kuten suoruus, itsevarmuus ja rauhallisuus (Pfeifer & Head 2018). Keskusteluun etukäteen valmistautuminen ja lääketieteellisiin faktoihin perehtyminen luo hoitokeskustelulle hyvän pohjan (Lehto, Marjamäki, & Saarto 2019; Wendrich-van Dael ym. 2021). Myös etukäteen perehtyminen potilaan sairaushistoriaan ja hänen nykytilanteeseensa nostettiin välttämättömänä onnistuneelle hoitokeskustelulle (Pfeifer & Head 2018). Hoitokeskustelussa ei pidä keskittyä pelkästään hoidon rajauksiin tai potilaan toiveiden dokumentointiin, vaan konkreettinen elämän loppuvaiheen suunnittelu tulisi johdatella keskustelua (Lehto, Marjamäki, & Saarto 2019).

Pfeifer ja Head artikkelissaan (2018) kertovat, että keskustelun johtamista on hyvä välttää ja on menetelmiä, jotka voivat auttaa pitämään keskustelun tasavertaisena. ”Kuuntele ensin”- lähestymistavassa terveydenhuollon ammattilainen aktiivisesti kuuntelee potilasta sekä kysyy häneltä avoimia kysymyksiä. Potilaan vastaukset johdattelevat keskustelun suuntaa. Esille nostettiin, että potilaat saattavat muistaa vain 20 % keskustelluista asioista. Kuten edellä mainittu hoitokeskustelut voivat herättää potilaassa monia tunteita. Tunteiden läpikäyminen voi heikentää heidän muistiaan. Keskusteluissa tulee antaa aikaa myös hiljaisuudelle. Näin potilas saa aikaa sisäistää kuulemansa. (Pfeifer & Head 2018.)

Kuitenkin Dening, Sampson ja De Vries mainitsee artikkelissaan, joka käsittelee ennakoivaa hoitosuunnitelmaa dementia potilaiden parissa (2019), että terveydenhuollon ammattilaisen tulee johdatella keskustelua, mutta välttää keskustelun muuttumista liian muodolliseksi. Keskustelun rytmin ja sisällön voi sopeuttaa potilaan omalle tasolle sopivaksi. Kommunikoinnissa on tärkeää yrittää ymmärtää ja kunnioittaa potilasta sekä hänen taustojansa. Potilaan taustoihin kuuluu muun muassa hänen elämäntarinansa, arvoja, uskoja ja mieltymyksiä. Sanaton viestintä on hyvä keino tukemaan sanallista viestintää, kuten katsekontakti potilaan kanssa (Boucher 2021; Dening, Samp-

son & De Vries 2019). Keskustelun tukena voi käyttää visuaalista materiaalia, kuten kuvia. Erityisesti keskustellessa muistisairaahan potilaan kanssa hänen nimensä sanominen tai pieni kosketus voi pitää keskittymistä yllä (Wendrich-van Dael ym. 2021.)

Ennakoivan hoitosuunnitelman laatiminen on jatkuva prosessi, siksi hoitokeskustelut tulee aloittaa sairauden varhaisessa vaiheessa ja niitä päivitettäisiin ajan kuluessa tai tarpeen mukaan. Kaikkia asioita ei siis tarvitse käsitellä yhdessä hoitokeskustelussa, vaan keskustelunaiheita voi jakaa useampaan tapaamiseen. (Boucher 2021; Denning, Sampson & De Vries 2019; Wendrich-van Dael ym. 2021.) Pfeifer ja Head (2018) painottavat artikkelissaan moniammatillisen tiimin tärkeyttä ennakoivan hoitosuunnitelman laatimisessa. Loppuelämän suunnittelussa potilaalla on yleensä monia eri tarpeita, kuten psykososiaalisia-, hengellisiä-, sosiaalisia-, taloudellisia tarpeita. Moniammatillisessa tiimissä nämä tarpeet voi käsitellä asiantunteva ammattilainen potilaan kanssa. (Pfeifer ja Head 2018)

7 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli esittää työvälaineitä, joita voidaan käyttää apuna ennakoivan hoitosuunnitelman puheeksi ottamiseen. Opinnäytetyössä analysoitiin terveydenhuollon ammattilaisen ja palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan välistä vuorovaikutusta hoitokeskusteluissa ja siihen liittyviä tekijöitä. Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kuten jo aikaisemmin esitetty Suomessa tutkimustietoa ennakoivasta hoitosuunnitelmasta on olemassa vähän. Suurin osa alkuperäisartikkeleista ovat siksi kansainvälisiä. Kirjallisuuskatsaukseen valikoitu yksi kotimainen artikkeli.

7.1 Tulosten tarkastelu

Tulosten mukaan kommunikointi ennakoivasta hoitosuunnitelmasta tulee aloittaa hoidon varhaisessa vaiheessa (Boucher 2021). Kommunikointi loppuelämän hoidon suunnittelussa voidaan nähdä haasteellisena ja se vaatii eri taitoja terveydenhuollon ammattilaiselta (Pfeifer & Head 2018). Hyviä kommunikointitaitoja ja empatiakykyä painotettiin paljon, kun taas kommunikointitaitojen, herkkyyden ja empatian puute voivat estää laadukasta hoitokeskustelua (Denning, Sampson & De Vries 2019). On myös olemassa luonteenpiirteitä terveydenhuollon ammattilaisessa,

jotka voivat rauhoittaa potilasta, kuten suoruus, itsevarmuus ja rauhallisuus. Kommunikaation taitoja voi kuitenkin kehittää samalla tavalla kuin muita taitoja. (Pfeifer & Head 2018.)

Hoitokeskustelu tulee järjestää rauhallisessa tilassa. Rauhallinen tila voidaan luoda poistamalla häiriötekijät. Keskustelussa keskitytään konkreettisesti potilaan elämän loppuvaiheen hoidon suunnitteluun. (Lehto, Marjamäki, & Saarto 2019.) Myös hoitokeskustelussa käydään läpi potilaan arvot, uskomukset, mieltymykset, pelot ja huolet. Laadukkaan hoitokeskustelun kannalta on välttämätöntä, että keskusteluun valmistaudutaan etukäteen. Potilaan sairaushistoriaan ja hänen nykytilanteeseensa perehtyminen on tärkeää laadukkaalle loppuelämän suunnittelulle. (Pfeifer & Head 2018; Wendrich-van Dael ym. 2021)

Aktiivisella kuuntelulla ja kysymällä avoimia kysymyksiä, voidaan välttää liiallista keskustelun johdattelua. Potilas ei välttämättä tule muistamaan kaikkea, mitä keskustelussa käydään läpi. Potilaalle tilan antaminen voi auttaa häntä sisäistämään asioita. Tunteet ovat hoitokeskustelussa läsnä ja niille kuuluu antaa lupa näkyä. (Pfeifer & Head 2018.) Koska ennakoiva hoitosuunnitelma voidaan nähdä jatkuvana prosessina, hoitokeskusteluita järjestään uudestaan potilaan tarpeen mukaan. Kaikkia asioita ei siis tarvitse keskustella yhdessä tapaamisessa, vaan aiheita voidaan jakaa useampaan tapaamiseen, jotka tapahtuvat pidemmällä aikavälillä. (Dening, Sampson & De Vries 2019; Wendrich-van Dael ym. 2021)

Muistisairaiden potilaiden kanssa terveydenhuollon ammattilaisen on hyvä johdatella keskustelua, mutta välttää sen muuttumista liian muodolliseksi. Keskustelun kulku tulee sopeuttaa sopivaksi potilaan omaan tasoon. Visuaalinen materiaali, nimen sanominen tai pieni kosketus voi ylläpitää muistisairaana mielenkiintoa keskusteluun. Muistisairaana päätöksentekoa kykyä on myös hyvä arvioida jo ennen hoitokeskustelua. (Dening, Sampson & De Vries; Wendrich-van Dael ym. 2021)

Kommunikaation ongelmat voivat viivästyttää oikea-aikaisen ennakoivan hoitosuunnitelman puheeksiottoa. Lisäksi kommunikaation ongelmat voivat johtaa väärinymmärryksiin tai keskusteluun osallistuvien roolit voidaan tulkita väärin. Keskustelun tietoinen välttely on yksi iso este loppuelämän suunnittelussa. Keskustelun välttelyn taustalla voi olla erilaisia ajatuksia, kuten pelko potilaan

toiveiden vähentämisestä tai ahdistuksen lisääminen potilaassa. Myös ennakoivasta hoitosuunnitelmasta voi olla väärinkäsityksiä, kuten sen ajankohdasta. (Boucher 2021; Dening, Sampson & De Vries 2019.)

Kommunikaation ongelmat voivat olla lähtöisin terveydenhuollon ammattilaisten kokemattomuudesta loppuelämän suunnittelussa. Hoitajien kokemuksen puute aiheuttavat heissä epävarmuutta. Lisäksi tiedon ja taidon puute on yhteydessä kommunikaation ongelmiin. Myös organisaation ohjeistuksien puute voi aiheuttaa ongelmia ennakoivan hoitosuunnitelman luomisessa. Näitä ongelmia voidaan ehkäistä koulutuksella ja työvälineillä. (Boucher 2021; Dening, Sampson & De Vries 2019; Myers ym. 2018.) Potilaalla voi myös olla periaatteita tai ajatuksia, jotka viivästyttävät ennakoivan hoitosuunnitelman tekoa, kuten ajatus että potilaan läheiset tulevat tekevät päätökset hänen puolestansa. Potilaalla voi myös olla vaikeuksia puhua aiheesta. Erityisesti potilaan nuori ikä voidaan nähdä haastavana tekijänä loppuelämän suunnittelussa. (Dening, Sampson & De Vries 2019; Myers ym. 2018.)

Artikkeleissa nostettiin esille monia eri työvälineitä, kuitenkin kaikkien työvälineiden käyttömenetelmiin ei perehdytty tarpeeksi. Kuusiportainen työväline The SPIKES voi olla terveydenhuollon ammattilaisen tukena haastavissa keskusteluissa. (Boucher 2021; Dening, Sampson & De Vries 2019; Pfeifer & Head 2018). ”Valintojen kunnioittaminen”- työvälineellä potilaan arvoilla ja mieltymyksillä on iso paino. Kuka, Mitä, Koska, Missä ja Miten- työväline voi auttaa keskustelun suunnittelussa ja sen kulussa. On tärkeää etukäteen osittain suunnitella keskustelua, jotta keskustelu pysyy oleellisessa aiheessa. (Pfeifer & Head 2018)

Wendrich-van Dael ja muut (2021) suunnittelivat tutkimuksessaan ennakoivan hoitosuunnitelman kolmiosaisen työvälineen hoivayksikköön. Ensimmäinen osio oli laaja keskusteluopas ennakoivasta hoitosuunnitelmasta. Se muun muassa sisälsi ohjeita hoitokeskusteluun valmistautumisesta; Kenen kanssa, Milloin, Kuinka usein ja Mitä valmisteluita tarvitaan. Työvälineen toinen osio oli yksisivuinen keskusteluopas, joka sisälsi 8 eri kohtaa. Keskusteluopas käsittelee konkreettisia kysymyksiä, mitä tulee huomioida hoitokeskustelussa. (Wendrich-van Dael ym. 2021).

Tutkimuksien tulokset ennakoivan hoitosuunnitelman puheeksiottamisen- työvälineistä olivat positiivisia. Työvälineillä voidaan lisätä hoitokeskusteluita sekä niiden dokumentointia. Työvälineet

yhdessä koulutuksen kanssa voivat lisätä hoitajien taitoja ja heidän itsevarmuuttansa. (Boucher 2021). Kokemus ja vakiintuneet käytännöt kommunikoinnissa sekä moniammatillinen osaaminen, on tärkeä perusta osaamisen kehittymisille (Pfeifer & Head 2018). Vaikka työvälineistä on raportoitu paljon positiivisia tutkimustuloksia, silti tulokset ei tue yhtä tiettyä työvälinettä käytettäväksi loppuelämän suunnittelussa. Kaikki työvälineet eivät sovellu jokaiselle terveydenhuollon ammattilaiselle tai potilaalle. (Denning, Sampson & De Vries 2019; Myers ym. 2018.)

7.2 Johtopäätökset

Valitussa tutkimusaineistosta tuotiin esiin erilaisia työvälineitä ja strategioita, joita voidaan käyttää apuna ennakoivan hoitosuunnitelman puheeksi ottamisessa. Vuorovaikutukseen vaikuttavia tekijöitä tuotiin tutkimuksissa esille useampia, mutta eniten tutkimuksissa painotettiin hyvien kommunikaatiotaitojen ja empatiakyvyn tärkeyttä. Niitä pidettiin yksimielisesti välttämättöminä taitoina ennakoivan hoitosuunnitelman hoitokeskusteluissa. Hyvillä kommunikaatiotaidoilla voidaan ehkäistä väärinymmärryksiä, vähentää ahdistuneisuutta ja lisätä hoitotyytyväisyyttä, kun taas näiden taitojen puuttumista voitiin pitää vuorovaikutusta estävinä tekijöinä. Esille kuitenkin nostettiin, että näitä taitoja voi ja pitää kehittää.

Valituissa artikkeleissa esiteltiin monia erilaisia työvälineitä. Työvälineissä on kehitetty erilaisia menetelmiä, kuten visuaalisia. Myös on kehitetty mobiili- tai teknisiä työvälineitä. Nämä työvälineet olivat rajattu opinnäytetyön ulkopuolelle, koska työssä haluttiin keskittyä enemmän kasvatusten käytävään keskusteluun. Eniten esille tuotu työväline oli SPIKES- kuusi portainen työväline. Työvälinettä voidaan käyttää apuna keskustelun suunnittelussa. Muita esiteltyjä työvälineitä olivat NURSE- ja Kuka, Mitä, Koska, Missä ja Miten- työväline. Kaikkien työvälineiden käyttötapoihin ei perehdytty enempää ja siksi niitä ei opinnäytetyössä esitelty.

Wendrich-van Dael ja muut (2021) kehittivät kolmeosaisen ennakoivan hoitosuunnitelman työvälineen belgialaiseen hoivakotiin. Työvälineen ensimmäinen osuus oli laajempi keskusteluopas ennakoivasta hoitosuunnitelmasta. Opinnäytetyössä esiteltiin keskusteluoppaan ensimmäinen vaihe, joka oli keskusteluun valmistautuminen. Se sisälsi kohdat; Kenen kanssa, Milloin, Kuinka usein ja Mitä valmisteluita tarvitaan. Työvälineen toinen osa oli yksi sivuinen keskustelunopas ja kolmas oli dokumentoinnin työväline, jota voidaan käyttää keskustelun jälkeen. Kolmatta työvälinettä tässä opinnäytetyössä ei tarkasteltu, koska se ei sopinut aiheen rajaukseen.

Tutkimuksen työvälineitä käytettiin osana paikallista koulutusprojektia. He nostivat esille, että tutkimuksissa usein puuttuu työvälineiden tarkat kuvaukset ja siksi he halusivat tuoda esille työvälineiden kehityksen ja rakenteen. Heillä oli tarkoitus välttää työvälineillään asiakirja- tai ”rasti ruutuun”- keskustelua osallistuttamalla potilaat ja heidän läheisensä keskusteluun. Työvälineet rakentuivat kirjallisuuskatsauksen avulla keskittyen eurooppalaisiin tutkimuksiin. He eivät työssä sisällyttäneet potilaiden tai heidän läheistensä näkökulmaa. He nostivat esille, että tulevaisuudessa työvälineitä tulee enemmän huomioida potilaan ja hänen läheistensä näkökulmasta. Hoitotyön esteet ovat samanlaisia monissa maissa, kuten hoitohenkilökunnan itsevarmuuden puute ennakoivan hoidon suunnittelussa. Ennakoivan hoitosuunnitelman laatiminen yhdenmukaiseksi ja järjestelmälliseksi prosessiksi vaatii aikaa ja työtä. Näin potilaiden mieltymykset ja toiveet saadaan parhaiten osaksi kliinistä hoitotyötä.

Myers ja muut (2018) tutkimuksessaan tutkivat mikä työväline soveltuu parhaiten ennakoivan hoitosuunnitelman puheeksi ottamiseen. Tutkimustyö toteutettiin systemaattisena katsauksena, jossa tutkittiin kirjallisuutta ja ohjeita ennakoivan hoitosuunnitelman työvälineistä. 33 630 hakutuloksesta tutkimukseen valikoitui 36 tutkimusta, jotka käsitelivät aikuisia potilaita. Tutkimustyötä oli jaettu aikuisten potilaiden ja lapsipotilaiden välillä. Koska tässä opinnäytetyössä aihetta on rajattu aikuisiin potilaisiin, lapsipotilaisiin kohdistuvat työvälineet jätettiin tarkastelematta.

Tutkimuksessa esille nousi ”valintojen kunnioittaminen”- työvälineenä, jolla oli eniten suurin tulososuus. Tuloksena voi olla hoitotahdon lisääntyminen, potilastyytyväisyyden lisääntyminen, läheisten ahdistuneisuuden vähentyminen, tiedon lisääntyminen ennakoivasta hoitosuunnitelmasta sekä potilaan toiveiden huomioiminen hoidossa. Tuloksista myös nostettiin esille, että on tärkeää ajatella laajemmin, kuin vain ennakoivan hoitosuunnitelman yksittäisiä osia, jotta voidaan vaikuttaa potilaan laadukkaaseen hoitoon.

Kaikissa artikkeleissa ei otettu kantaa työvälineiden tuloksiin hoitotyössä. Vaikka työvälineitä oli keksitty monia erilaisia, oli niissä kuitenkin yhdistäviä tekijöitä. Monen työvälineen ensimmäinen osa alkaa hoitokeskusteluun valmistautumisella. Valmistautumiseen voi liittyä läheisten tai muiden osallistujien kutsuminen, etukäteen potilaan tietoihin perehtyminen ja suunnitelma mitä keskustelussa tullaan käymään läpi. Keskustelu tulee järjestää rauhallisessa tilassa ilman häiriöitä. Empati-

alla ja tunteiden hyväksymisellä on iso merkitys hoitokeskustelussa. Ennakoivan hoitosuunnitelman tekeminen voi herättää potilaassa monia tunteita. Terveystieteiden ammattilaisena voi kannustaa potilasta ilmaisemaan tunteita. Aktiivinen kuuntelu, katsekontakti ja sanaton viestintä ovat hyviä keinoja pitää keskustelua yllä. Työvälineitä käyttäessä tulee kuitenkin huomioida, ettei keskustelusta tule liian muodollinen tai jäykkä. Kun käyttää keskustelun tueksi valmiita kysymyksiä, tulee välttää katkonaisia kysymys ja vastaus- keskusteluita.

Työvälineet ennakoivan hoitosuunnitelman suunnittelussa on tutkittu yleistettävien hoitokeskusteluita ja niiden dokumentointia. Vaikka positiivisia tuloksia työvälineiden hyödyistä ennakoivan hoitosuunnitelman hoitokeskustelussa, silti puuttuu johdonmukaisia tuloksia tukemaan yhtä tiettyä työvälinettä. Ei voi kuitenkaan yleistää, että kaikki työvälineet sopivat kaikille. Aikaisemmin mainittu, että jokaisella ihmisellä on oma tapansa toimia vuorovaikutustilanteissa. Voi olla, että työvälineen lähestymistapa ei sovi potilaalle tai terveydenhuollon ammattilaiselle. Hoitajan kokemus ja hänen kommunikointitaitonsa voivat vaikuttaa työvälineen tehokkuuteen. Laadukkaat ennakoivan hoitosuunnitelman hoitokeskustelut tarvitsevat koulutusta ja standartoituja käytänteitä. Koulutuksella, moniammatillisella tiimillä ja kokemuksella oli suuri painoarvo laadukkaan ennakoivan hoitosuunnitelman laatimisessa. Ennakoivan hoitosuunnitelman tärkeintä tulosta voidaan pitää, että potilaan saama hoito vastaa hänen toivottuaan ja potilas on tyytyväinen hoitoonsa.

Opinnäytetyön jatkotutkimusaiheena on kotihoidon sairaanhoitajien kokemusta ennakoivan hoitosuunnitelman puheeksi ottamisesta. Kuten aikaisemmin mainittu kotihoidon asiakkailla on isoja puutteita ennakoivassa hoitosuunnitelmassa tai se puuttuu heiltä kokonaan (Toikkanen 2022). Tutkimus voidaan toteuttaa empiirisenä tutkimuksena yhteistyössä Keski-Suomen hyvinvointialueen kotihoidon sairaanhoitajien kanssa. Haastatteleamalla sairaanhoitajia heidän kokemuksistaan voidaan saada lisää tietoa.

7.3 Luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikutti, että viisi kuudesta valituista aineistoista olivat julkaistu englannin kielellä. Osa termeistä oli haastava kääntää suomen kielelle menettämättä sisällön tarkoitusta, vaikka apuna käytettiin sanakirjakirjoja termien kääntämiseen. Myös artikkeleiden kansainvälisyys voi vaikuttaa soveltuvuuteen. Kuten aikaisemmin mainittu, tutkimuksen vaikuttavuus on riippuvainen kyseisen maan hoitojärjestelmästä ja kulttuurista. Tiedonhaussa tämä huomioitiin

rajaamalla aihetta sellaisin tutkimuksiin, jotka eivät kohdistuneet johonkin tiettyyn rotuun, sosio-ekonomiseen taustaan tai kulttuuriin. Vaikka aihetta on rajattu näin, silti on huomioitava, että valitut tutkimukset voivat silti pitää sisällään käytänteitä ja käsitteitä, jotka soveltuvat kyseisen maan hoitojärjestelmään. Kotimaisen tutkimustiedon vähäisyyden takia opinnäytetyötä ei olisi voitu toteuttaa pelkästään sen pohjalta.

Opinnäytetyössä on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvä tieteelliseen käytäntöön sisältyy rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä. Näitä toimintatapoja on noudatettu kirjallisuuskatsauksen jokaisessa vaiheessa. Tiedonhaun suunnittelussa sekä valittujen tutkimuksien ja niiden tulosten arvioinnissa käytettiin tarkkuutta ja huolellisuutta. Vastuullisuudella ja avoimuudella oli iso merkitys tulosten esittelyssä. (Hyvä tieteellinen käytäntö 2023.)

Opinnäytetyössä yritettiin hyödyntää tietoa, jota on julkaistu viimeisen kymmenen vuoden aikana. Kirjallisuuskatsauksessa oli tärkeää, ettei tieto olisi vanhaa. Valituksi tulleet tutkimukset olivat julkaistu vuosina 2018–2021. Tutkittu tieto oli siis tuoreita julkaisuja viimeisten viiden vuoden ajalta. Tiedonhaku toteutettiin mahdollisimman systemaattisesti. Käytetyt hakulausekkeet suunniteltiin mahdollisimman tarkasti ja niitä testattiin useaan otteeseen ennen varsinaista tiedonhakua. Hakulausekkeiden tarkoituksena oli olla mahdollisimman samanlaisia huomioiden jokaisen tietokannan omat asiasanastot ja eroavaisuudet. Hakutuloksien haluttiin olevan kattavat, mutta tarkoituksenmukaiset soveltuen kirjallisuuskatsaukseen.

Aineiston analyysiä toteuttaessa voidaan laskea yksimielisyyskerroin. Tämä tapahtuisi kahden tutkijan toimesta, jotka luokittelisivat saman aineiston. Vertailemalla kahden eri tutkijan analyysin tuloksia toisiinsa voidaan laskea ja päätellä yksimielisyyskerroin. Kuitenkin tässä kyseisessä opinnäytetyössä ei käytetty aineiston analyysissä kahta tutkijaa. Tutkimusta arvioitaessa tulee kuitenkin kiinnittää huomiota sen johdonmukaisuuteen. Tutkimuksen kokonaisuus ja miten sen eri osat ovat sidoksissa keskenään, on merkittävä osa luotettavuutta. (Tuomi, Sarajärvi 2018, 163, 166)

Lähteet

- Aho, A.L., Eironen, S., Havusto, J., Hökkä, M. & Kritz, J. 2023. Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan läheisten kohtaaminen ja tukeminen. Hotus-hoitosuositus. Hoitotyön tutkimussäätö. Viitattu 19.10.2023. <https://www.hotus.fi/hotus-hoitosuositus-palliatiivisessa-hoidossa-ja-saattohoidossa-olevan-potilaan-laheisten-kohtaaminen-ja-tukeminen/>
- Boucher, J. 2021. Advance Care Planning. Clinical Journal Of Oncology Nursing, 25, 3, 333–336. Viitattu 4.8.2023. <https://janet.finna.fi> , Cinahl Ultimate
- Forsius, P. 2022. Palliatiivisen hoidon toimenpidekoodit. Verkkojulkaisu. Viitattu 13.12.2022. <https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/palliatiivisen-hoidon-toimenpidekoodit>
- Forsius, P., Hammar, T. & Alastalo, H. 2022. Elämän loppuvaihetta pitäisi suunnitella iäkkäiden palveluissa enemmän. Verkkojulkaisu. THL. Viitattu 4.11.2023. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/145636/URN_ISBN_978-952-343-989-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Harrison Dening, K., Sampson, E. & De Vrie, K. 2019. Advance care planning in dementia: recommendations for healthcare professionals. Palliative Care: Research and Treatment, 1–10. Viitattu 4.8.2023. <https://janet.finna.fi> , Cinahl Ultimate
- Hoidon rajaukset. 2021. Terveyskylä. Verkkojulkaisu. Viitattu 12.12.2022. <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/hoidon-rajaukset>
- Hoidon suunnittelu palliatiivisessa hoidossa. 2021. Terveyskylä. Verkkosivu. Viitattu 12.12.2022. <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/hoidon-suunnittelu>.
- Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). 2023. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Verkkojulkaisu. Viitattu 9.11.2023. <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk>
- Kunnioittava kohtaaminen ja vuorovaikutus-osaaminen. 2023. THL. Verkkosivu. Viitattu 20.10.2023. <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihdetyo/puheeksiotto-ja-mini-interventio/kunnioittava-kohtaaminen-ja-vuorovaikutusosaaminen>
- Kuolleet. 2022. Suomen virallinen tilasto. Verkkojulkaisu. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 30.9.2022. <https://www.stat.fi/julkaisu/cktv866g1yym0b040dcd3hcf>.
- Kuolleet. 2023. Suomen virallinen tilasto. Verkkojulkaisu. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 25.10.2023. <https://www.stat.fi/julkaisu/cl8jvit9h8rtp0cvzvoaviukd>

Laine, H. 2022. DNR-päätös, elvytyskielto. Lääkärikirja Duodecim. Verkkosivu. Viitattu 12.12.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01180>.

Lehto, J., Marjamäki, E., & Saarto, T. 2019. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, 135, 4, 335–342. Viitattu 8.12.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14788>.

Mistä kärsimys muodostuu?. 2022. Terveyskylä. Verkkosivu. Viitattu 13.12.2022. <https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/palliativinen-hoito/el%C3%A4m%C3%A4nlaatu-ja-k%C3%A4rsimys/mist%C3%A4-k%C3%A4rsimys-muodostuu>.

Mitä on palliativinen hoito?. 2021. Terveyskylä. Verkkosivu. Viitattu 12.12.2022. <https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/palliativinen-hoito/mit%C3%A4-palliativinen-hoito-on>.

Mitä vuorovaikutus on? n.d. Verkojulkaisu. Mielenterveystalo. Viitattu 20.10.2023. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito/lapsen-ja-vanhemman-vuorovaikutuksen-oma-hoito-ohjelma/mita-vuorovaikutus>

Myers, J., Cosby, R., Gzik, D., Harle, I., Harrold, D., Incardona, N., Walton, T. 2018. Provider Tools for Advance Care Planning and Goals of Care Discussions: A Systematic Review. American Journal of Hospice & Palliative Medicine, 35, 8, 1123–1132. Viitattu 4.8.2023. <https://janet.finna.fi> , Cinahl Ultimate

Mönkkönen, K. 2018. Vuorovaikutus Asiakastyössä: Asiakkaan Kohtaaminen Sosiaali- Ja Terveysalalla. Helsinki: Gaudeamus. Viitattu 20.10.2023. Nextstory.

Palliativinen hoito ja saattohoito. 2019. Käypä hoito- suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 17.11.2022. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>.

Peltonen, H. 2023. Fyysiset, henkiset ja vuorovaikutuksen tarpeet palliativisessa hoidossa. Verkkosivu. Sydänliitto. Viitattu 20.10.2023. <https://sydan.fi/ammattilaispalvelu/artikkeli/fyysiset-henkiset-ja-vuorovaikutuksen-tarpeet-palliativisessa-hoidossa/>

Pfeifer, M. & Head, B. 2018. Which Critical Communication Skills Are Essential for Interdisciplinary End-of-Life Discussions?. AMA Journal of Ethics, 20, 8. Viitattu 4.8.2023. <https://janet.finna.fi> , PubMed

Rautava P., Hakulinen T. & Koivumäki T. 2022. Vuorovaikutuksen ja kohtaamisen merkitys. Terveystiedon edistäminen. Verkkokirja. Duodecim. Viitattu 3.11.2023. <https://www.oppiportti.fi/op/opk04647>

Saarto, S., Finne-Soveri, H., Hammar, T., Forsius, P., Lyytikäinen, M., Lehto, J. & Ahtiluoto S. 2022. Kohti palliatiivisen hoidon laaturekisteriä. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laatutieto -projektin loppuraportti. Helsinki: STM, 3. Viitattu 9.12.2022. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8472-1>.

Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Junntila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., Hammar T. & Forsius P. 2022. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. Verkkoartikkeli. Helsinki: THL. Viitattu 8.12.2022. <https://www.julkari.fi/handle/10024/144065>

Siirtyy palliatiiviselle hoitolinjalle. N.d. Syöpäjärjestö. Verkkosivu. Viitattu 12.12.2022. <https://www.syopajarjestot.fi/potilaanpolku/siirtyy-palliatiiviselle-hoitolinjalle/>.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turku: Turun yliopisto.

Tiittanen, H., Takaluoma, M., Launiemi, H. & Kelo, S. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.

Toikkanen, U. 2022. Vanhuspalveluissa ei ennakoida elämän loppuvaihetta. Verkkojulkaisu. Lääkärilehti. Lääkäriliitto. Viitattu 25.10.2023 <https://www.laakarilehti.fi/terveydenhuolto/vanhuspalveluissa-ei-ennakoida-elaman-loppuvaihetta/>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 2. p. Viitattu 17.10.2023.

Tutkimusten arviointikriteeristöt. 2018. JBI kriteerit laadulliselle tutkimukselle ja selosteosa. Hoitotyöntutkimussäätiö. Viitattu 29.9.2023. <https://www.hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslistat/>

Wendrich-van Dael, A., Gilissen, J., Van Humbeeck, L., Deliens, L., Vander Stichele, R., Gastmans, C., & Lieve Van den Block, L. 2021. Advance care planning in nursing homes: new conversation and documentation tools. Supportive & Palliative Care, 11, 312–317. Viitattu 4.8.2023. <https://ja-net.finna.fi> , PubMed

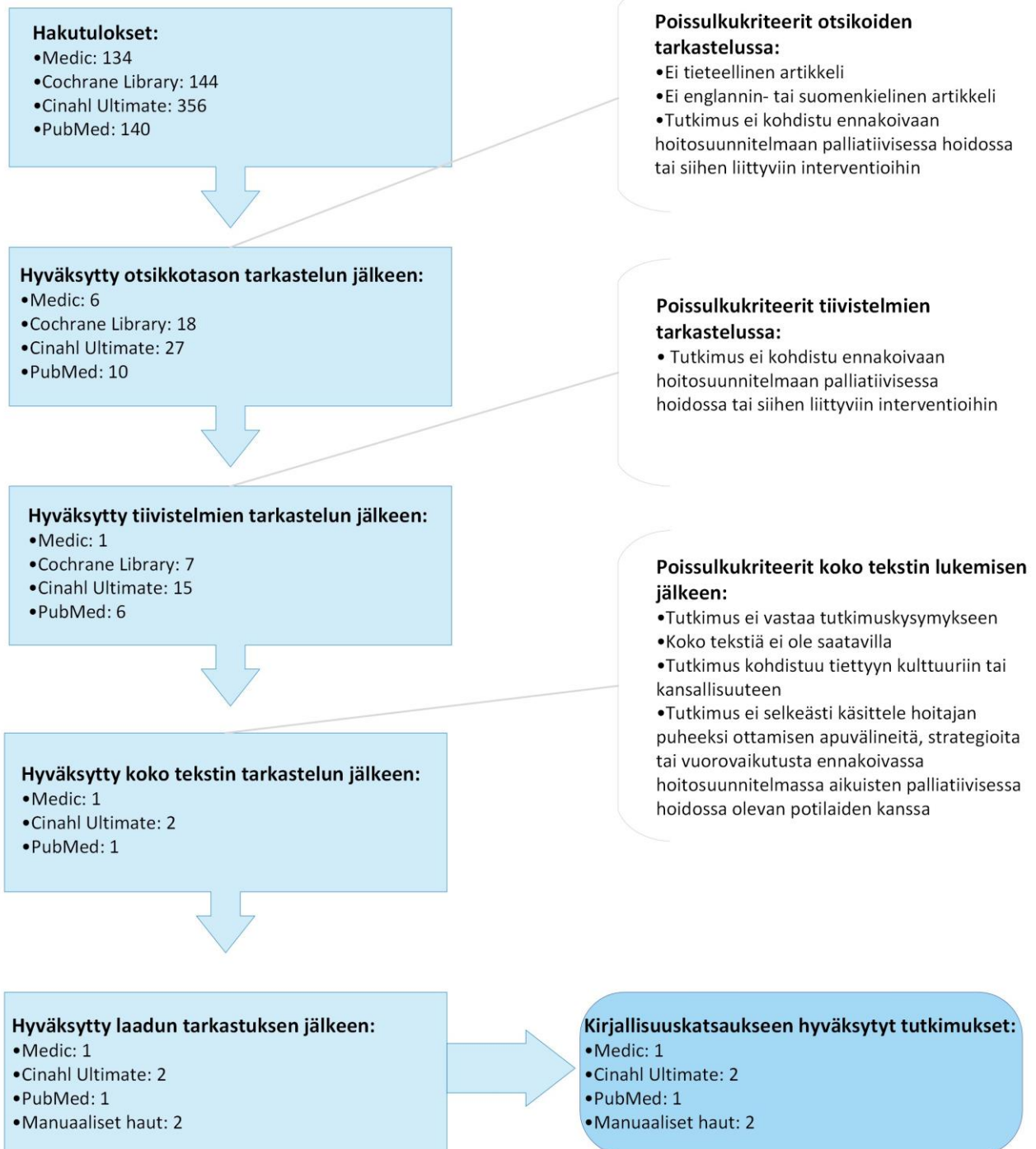
Liitteet

Liite 1. Tietokantojen tiedonhaku

Tietokanta	Hakulauseke	Rajaukset	Hakutulokset	Valitut
Medic	"Patient Care Planning" OR hoitosuunnitelma OR "ennakoiva hoitosuunni- telma" OR "Advance Care Planning" OR "hoi- totahdosta keskustelemin- en" OR hoi* AND pal- liati*	Asiasanojen synonyymit käytössä ja vuosiväli 2013–2023	134	1
Cochrane Library	"advance NEXT care NEXT plan*" OR acp AND "palliative care" OR "ter- minal care" OR "end NEXT of NEXT life" AND Structured OR Successful OR Protocols OR effecti* OR tool* OR instrument* OR scale* OR form* OR nurse* OR interventi* OR discussion*	Custom year range 2013– 2023 ja Language: english	144	0
Cinahl Ultimate	(MH "Advance Care Plan- ning") OR "advance care plan" OR "advance health care plan" AND	Full Text, Published Date: 2013–2023, Peer Revie- wed ja Narrow by Langu- age: english	356	2

	(MH "End-of-Life Comfort Questionnaires") OR (MH "Open-Ended Questionnaires") OR tool* or instrument* OR scale* OR questionnair* OR form* OR discussion* OR intervention* OR conversation* AND (MH "Palliative Care") OR (MH "Palliative Care Nursing") OR "terminal care" or Palliati*			
PubMed	("Advance Care Planning"[Mesh]) AND (("Palliative Care"[Mesh]) OR "Hospice and Palliative Care Nursing"[Mesh] for terminal care) AND ("Surveys and Questionnaires"[Mesh] OR tool* OR instrument* OR scale* OR questionnair* OR form* OR discussion OR intervention)	Free full text, english ja results by year: 2013–2023	140	1

Liite 2. Alkuperäistutkimusten valintaprosessi



Liite 3. Tutkimustaulukko

Kirjoittaja(t), vuosi, tutkimuk- seen osallistuneet maat	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/ otos ja menetelmät	Päätulokset
<p>Pfeifer, M. &Head, B., 2018, Yhdysval- lat</p>	<p>Tutkimus käsitteli taitoja ja strategioita, joita tarvitaan merkityksellisessä ja tehokkaassa loppuelämän keskustelussa.</p>	<p>Katsausartikkeli.</p>	<p>Artikkelissa painotettiin moniammatillisen tiimin tärkeydestä loppuelämän keskusteluissa.</p> <p>Lisäksi artikkelissa tuotiin esille eri strategioita, joita voidaan hyödyntää loppuelämän keskusteluissa, esim. Who (kuka), What (mitä), When (koska), Where (missä) & How (milloin)- kysymyksiä.</p>
<p>Myers, J., Cosby, R., Gzik, D., Harle, I., Harrold, D., Incardona, N., Walton, T. 2018, Kanada</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia työvälineitä ja käytäntöjä, jotka helpottavat sekä parantavat ennakkoivan hoitosuunnitelman hoitokeskusteluja tai niiden tavoitteita.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskat- saus. Vertaisarvi- oitu.</p>	<p>Tutkimuksessa tuli esille, ettei ole johdonmukaista näyttöä tutkimustuloksista, jotka tukevat yhtä työkalua, vaikka tulokset olivat positiivisia.</p> <p>Laadukkaat ennakoivan hoitosuunnitelman keskustelut tarvitsevat muun muassa koulutusta, kommunikaatio taitoja sekä yhtenäistettyä dokumentointia.</p>

<p>Boucher, J. 2021,</p>	<p>Artikkeli käsitteli ennakoivan hoitosuunnitelman keskustelun kommunikointia ja työvälineitä ontologisen hoitajan näkökulmasta.</p>	<p>Katsausartikkeli. Vertaisarvioitu.</p>	<p>Kommunikoinnin työvälineillä ja koulutuksella voidaan lisätä hoitajien itsevarmuutta sekä heidän tietojansa ja taitoja ennakoivan hoitosuunnitelman keskusteluissa.</p> <p>Vaikka ennakoivasta hoitosuunnitelmasta keskustelu voi olla haastavaa, se on tärkeä menetelmä tukemaan potilaan hoitoa ja hänen autonomiaansa.</p>
<p>Wendrich-van Dael, A., Gilissen, J., Van Humbeeck, L., Delliens, L., Vander Stichele, R., Gastmans, C., & Lieve Van den Block, L. 2021, Belgia</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli luoda kolme työvälinettä, joita voidaan käyttää ennakoivan hoitosuunnitelman keskustelussa ja dokumentoinnissa hoitokodeissa.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.</p>	<p>Tutkimuksen tuloksen luotiin kolme työvälinettä. 1. Laaja ennakoiva hoitosuunnitelma-keskustelu opas. 2. Yksi sivuinen keskustelu työväline ja 3. Dokumentoinnin työväline</p>
<p>Harrison Dening, K., Sampson, E. & De Vrie, K. 2019, UK</p>	<p>Artikkelissa tarkoituksena oli käsitellä lähestymistapoja ja strategioita, jotka auttavat suunnittelemaan paremmin dementia potilaan tulevaa hoitoa.</p>	<p>Katsausartikkeli. Vertaisarvioitu.</p>	<p>Ennakoivan hoitosuunnitelman tekeminen tulisi aloittaa taudin varhaisessa vaiheessa. Ennakoiva hoitosuunnitelma vaatii erityisiä taitoja, kuten kommunikointitaitoja, asiantuntemusta potilaan taudista, sen kulusta ja ennusteesta.</p>

Lehto, J. Marja- mäki, E. & Saarto, T. 2019, Suomi	Artikkeli käsitteli kokonais- valtaisesti ennakoivaa hoi- tosuunnitelmaa.	Katsausartikkeli	Ennakoivan hoitosuunnitelman keskustelu tulisi sisältää potilaan toiveita ja tarpeita, hoitolinjauk- set ja rajaukset sekä käytännön hoitosuunnitelman. Suunnitel- man teko vaatii lääketieteellistä osaamista ja hyviä vuorovaiku- tustaitoja.
---	---	------------------	--